Chief Coroner Coroner en chef

2001-2002

Annual Report *Rapport annuel*

New Nouveau
Brunswick
CANADA

2001 - 2002 Annual Report

Published by:
Office of the Chief Coroner
Department of Public Safety
Province of New Brunswick
P.O. Box 6000
Fredericton, New Brunswick
E3B 5H1
Canada

November 2002

Cover:
Communications New Brunswick

Typesetting:
Office of the Chief Coroner

Printing and Binding:
Printing Services, Supply and Services

Rapport annuel 2001 - 2002

Publié par:
Le bureau du coroner en chef
Ministère de la Sécurité publique
Province du Nouveau-Brunswick
Case postale 6000
Fredericton (Nouveau-Brunswick)
E3B 5H1
Canada

Novembre 2002

Couverture:
Communications Nouveau-Brunswick

Photocomposition:
Le bureau du coroner en chef

Imprimerie et reliure:
Service d'imprimerie,
Approvisionnement et Services

ISBN 1-55236-603-0

ISSN 0848-5666

Printed in New Brunswick

ISBN 1-55236-603-0

ISSN 0848-5666

Imprimé au Nouveau-Brunswick

103-02327/

Chief Coroner Coroner en chef

2001-2002

Annual Report *Rapport annuel*

New Nouveau
Brunswick
CANADA

The Honourable Margaret-Ann Blaney
Department of Public Safety
Fredericton
Province of New Brunswick

Dear Minister:

Pursuant to Section 43 of the *Coroners Act*, I have the honour to submit the Thirtieth Annual Report of the Chief Coroner for the period April 1, 2001 to March 31, 2002.

Yours very truly,

Dianne Kelly

DIANNE KELLY
Chief Coroner
Province of New Brunswick

L'honorable Margaret-Ann Blaney
Ministère de la Sécurité publique
Fredericton
Province du Nouveau-Brunswick

Madame la Ministre,

J'ai l'honneur de vous présenter le trentième rapport annuel du coroner en chef pour la période du 1er avril 2001 au 31 mars 2002, en application de l'article 43 de *la Loi sur les coroners*.

Veuillez agréer, Madame la Ministre, l'expression de ma très haute considération.

Dianne Kelly

DIANNE KELLY
Coroner en chef
Province du Nouveau-Brunswick

Table of Contents

Page

Mission Statement 5

Origin of the Office of the Coroner 5

The New Brunswick Coroner System 6

Organizational Structure 6

Notification Requirement 7

Amendments to the Coroners Act 7

Investigative Capacity of Coroner Services 9

Purpose of Coroner's Investigation 9

The Inquest Decision 9

Summary 10

Statistical Summary of Investigated Deaths 11

Schedule "A.1" - Total Deaths by Classification 13

Schedule "A.2" - Total Deaths by Month 14

Schedule "A.3" - Total Deaths by Judicial District 15

Schedule "B.1" - Accidental Deaths by Age Group, Gender and Judicial District 16

Schedule "B.2" – Accidental Deaths by Age Group, Gender and Death Factor 17

Schedule "B.3" – Accidental Deaths by Age Group, Gender and Environment 20

Schedule "C.1" – Suicide Deaths by Age Group, Gender and Judicial District 23

Schedule "C.2" – Suicide Deaths by Age Group, Gender and Death Factor 24

Table des matières

Page

Énoncé de mission 5

Origine de la fonction de coroner 5

Le système de coroners du Nouveau-Brunswick 6

Structure administrative 6

Déclaration 7

Modification à la Loi sur les coroners 7

Pouvoirs d'enquête du Service des coroners 9

But de l'investigation 9

La décision de mener une enquête 9

Résumé 10

Résumé statistique des investigations menées à la suite de décès 11

Tableau «A.1» - Nombre total de décès par catégorie 13

Tableau «A.2» - Nombre total de décès par mois 14

Tableau «A.3» - Nombre total de décès par circonscription judiciaire 15

Tableau «B.1» - Morts accidentelles par groupe d'age, sexe et par circonscription judiciaire 16

Tableau «B.2» - Morts accidentelles par groupe d'age, sexe et facteur de mortalité 17

Tableau «B.3» - Morts Accidentelles par groupe d'age, sexe et par lieu de l'incidence 20

Tableau «C.1» - Morts par suicide par groupe d'age, sexe et circonscription judiciaires 23

Tableau «C.2» - Morts par suicide par groupe d'age, sexe et facteur de mortalité 24

Schedule "C.3" – Suicide Deaths by Age Group, Gender and Environment 26

Schedule "C.4" – National Suicide Annual Rates..... 28

Schedule "D.1" – Homicide Deaths by Age Group, Gender and Judicial District..... 29

Schedule "D.2" - Homicide Deaths by Age Group, Gender and Death Factor..... 30

Schedule "D.3" – Homicide Deaths by Age Group, Gender and Environment 31

Schedule "E.1" – Natural Deaths by Age Group, Gender and Judicial District..... 32

Schedule "E.2" - Natural Deaths by Age Group, Gender and Death Factor..... 33

Schedule "E.3" – Natural Deaths by Age Group, Gender and Environment 35

Schedule "F" – Undetermined Deaths..... 39

Summary of Inquests and Recommendations.....41

Other Cases of Interest..... 46

Special Projects

Death of Homeless Individuals.....51
Deaths by Suicide.....54

Tableau «C.3» - Morts par suicide par groupe d'age, sexe et par lieu de l'incidence.....26

Tableau «C.4» - Taux national annuel de suicides.....28

Tableau «D.1» - Morts par homicide par groupe d'age, sexe et par circonscription judiciaire ...29

Tableau «D.2» - Morts par homicide par groupe d'age, sexe et par facteur de mortalité.....30

Tableau «D.3» - Morts par homicide par groupe d'age, sexe et par lieu de l'incidence.....31

Tableau «E.1» - Morts naturelles par groupe d'age, sexe et circonscription judiciaires.....32

Tableau «E.2» - Morts naturelles par groupe d'age, sexe et par facteur de mortalité.....33

Tableau «E.3» - Morts naturelles par groupe d'age, sexe et par le lieu de l'incidence.....35

Tableau «F» - Décès d'origine inconnue 39

Résumé statistique des investigations menées à la suite de décès.....41

autres cas d'intéret.....46

Projets spéciaux

Étude des chiffres sur les décès de sans-bri...51
Décès par suicide.....54

Our Mission

Coroner Services is an independent and publicly accountable investigation of death agency which has a broad statutory mandate from the Province to review all suspicious or questionable deaths in New Brunswick and conduct inquests as may be required in the public interest and does not have a vested interest of any kind in the outcome of death investigations.

Historical Background

Origin of the Office of the Coroner

The office of the coroner is one of the oldest institutions known to English law.

One of the early functions of the office was to enquire into sudden and unexpected deaths. It was the duty of the coroner to establish the facts relating to the death. The coroner used a jury to enable him to ascertain this and to determine whether foul play was involved in the death; if so, the town or village was liable for an additional fine if no felon could be found responsible for this death. This particular function of the office of coroner (to determine the facts surrounding a death), as modified throughout the years, survives as the basis for all coroner systems which are presently existing in common law jurisdictions.

In the ensuing seven hundred years, no improvement has been made upon them and they remain: "who was the deceased? How, when, where and by what means did he die?"

An inquest is not a forum to resolve civil disputes, or to conduct prosecutions. An inquest is not a trial and a coroner is not a judge. The proceedings are inquisitional as opposed to accusatory or adversarial.

Notre mission

Le Service des coroners est un organisme indépendant de responsabilité publique chargé d'enquêter sur les décès. Mandaté en vertu des lois de la Province pour étudier tous les cas de morts suspectes au Nouveau-Brunswick, le Service des coroners mène des enquêtes dans l'intérêt du public. Le Service n'a aucun intérêt personnel dans les résultats des enquêtes sur les décès.

Survol historique

Origine de la fonction de coroner

La fonction de coroner est la plus vieille institution du droit anglais.

L'une des premières tâches du coroner consistait à enquêter sur les morts soudaines et inattendues. À cet égard, le coroner devait établir la cause du décès. Un jury aidait le coroner à établir ce fait et à déterminer s'il s'agissait d'un meurtre; dans l'affirmative, la ville ou le village était passible d'une amende supplémentaire si l'on ne pouvait repérer l'assassin. Cette fonction particulière (établir la cause d'un décès), modifiée au fil des ans, est à la base de tous les systèmes de coroners en vigueur actuellement dans les États ou est appliquée la common law.

Elle demeurent inchangées après sept siècles: «Qui était la personne décédée? Comment, quand, où et par quel moyen est-elle morte?»

Une enquête n'est pas un forum pour résoudre les litiges civils ou exercer des poursuites. Une enquête n'est pas un procès et un coroner n'est pas un juge. On fait appel à des procédures inquisitoriales par opposition à des procédures accusatoires ou contradictoires.

Coroners in New Brunswick have been instructed to protect the civil rights of all persons who may have had some connection with the death of the deceased and to ensure that the coroner's jury has not expressed any conclusion of civil or criminal responsibility or named any person or persons responsible for any act or omission which may have contributed to the death.

The New Brunswick Coroner System

Organizational Structure

In New Brunswick, Coroner Services, for organizational and administrative purposes, falls within the Department of the Solicitor General. The government established on April 5, 2000, the Department of Public Safety which includes the former Department of Solicitor General. Supervision of the service is the responsibility of the Chief Coroner who is assisted by a Director of Coroner Services, both of whom are located in Fredericton, and each of the eight Sheriff/Coroners who are directly responsible for all coroner activities within their respective designated geographical areas (the eight judicial districts) with offices in Bathurst, Campbellton, Edmundston, Fredericton, Miramichi, Moncton, Saint John and Woodstock.

During 2000/01, the Department undertook a restructuring of services and placed the supervision of field staff and management under the Director of Compliance. The Office of the Chief Coroner retained the legislative authority on case decisions and program management and resides in the Operational Policy branch of the Department. During 2001/02, the Office of the Chief Coroner supervised the central records for the coroner system.

On a également demandé à tous les coroners du Nouveau-Brunswick de protéger les droits civils de toutes les personnes qui auraient pu être liées directement ou indirectement aux décès d'une personne et de voir à ce que le jury du coroner n'a pas tiré de conclusion de responsabilité civile ou criminelle ou désigné une ou des personnes responsables de tout acte ou toute omission qui aurait pu contribuer au décès.

Le Système de coroners du Nouveau-Brunswick

Structure administrative

Au Nouveau-Brunswick, le Service des coroners relève, aux fins d'organisation et d'administration, du ministère du Solliciteur général. Le gouvernement a constitué le 5 avril 2000 le ministère de la Sécurité publique, qui inclut l'ancien ministère du Solliciteur général. Le coroner en chef est chargé de la surveillance du service. Il est secondé dans son travail par le directeur des Services des coroners, qui comme lui exerce ses fonctions à Fredericton, et par les shérifs-coroners des huit circonscriptions judiciaires, ces derniers étant directement responsables de la prestation des services dans leur circonscription respective. Les bureaux des circonscriptions judiciaires sont gérés depuis Bathurst, Campbellton, Edmundston, Fredericton, Miramichi, Moncton, Saint John et Woodstock.

À la suite de la réorganisation des services des coroners en 2000-2001, la surveillance du personnel et des gestionnaires en région relève maintenant de la Direction du contrôle de la conformité. Le Bureau du coroner en chef, qui conserve son autorité législative en ce qui concerne les décisions à l'égard de dossiers et la gestion des programmes, relève désormais de la Direction de la politique opérationnelle du Ministère. Durant l'année 2001-2002, la surveillance des dossiers du système du coroner relève du Bureau du coroner en chef.

All sheriffs and deputy sheriffs are *ex-officio* coroners although not all are utilized as coroners within the system. In 1999/2000 31 full-time employees of Sheriff/Coroner Services functioned as coroners. A number of private citizens are also appointed who act on a nominal fee for service basis and are a necessary retention of the old Coroner's System which before 1971 was serviced completely by lay coroners. In 1999/2000, 10 fee for service coroners continue to provide an excellent service in the communities in which they serve. In 2001/02, there were seven fee for service coroners.

Tous les shérifs et shérifs adjoints sont coroner d'office bien qu'ils n'assument pas tous cette fonction. En 1999-2000, 31 employés à temps plein de Services des shérifs-coroners assumaient les fonctions de coroners. Il y a également des particuliers qui agissent à titre de coroners rémunérés à l'acte. Ils font partie de l'ancien système lequel, avant 1971, était doté uniquement de coroners non juristes. En 1999-2000, 10 coroners rémunérés à l'acte dispensent encore d'excellents services dans leurs localités En 2001/02 il y avait sept coroners rémunérés.

Notification Requirement

In New Brunswick the only death exempt from notification to a coroner is one where the person dies of disease or sickness while under treatment of a duly qualified medical practitioner (as long as the death: i) did not occur during or as a result of pregnancy; ii) was not sudden and unexpected; and iii) was not under circumstances which may require an investigation). Coroner Services is responsible for the investigation of all reported deaths in order to determine for each case the identity of the deceased and the facts as to how, when, where and by what means the deceased came to his/her death. The system, therefore, is a vital part of law enforcement in initially determining whether such reported deaths are due to natural causes, accident, suicide or homicide.

Déclaration

Dans la province, le seul cas où il n'est pas nécessaire d'aviser le coroner est le décès qui survient à la suite d'une maladie pendant que la personne est sous les soins d'un médecin dûment qualifié (sauf si la mort survient: (i) pendant une grossesse ou à cause de celle-ci; (ii) de façon soudaine et inattendue: ou (iii) dans des circonstances qui peuvent nécessiter la tenue d'une enquête). Par contre, le Service des coroners doit examiner tous les décès qui lui sont signalés afin de déterminer dans chacun des cas l'identité de la victime et d'établir où, quand, comment et par quel moyen elle est décédée. Par conséquent, les coroners sont un élément essentiel de l'application des lois car ce sont eux qui, les premiers, déterminent si ces décès sont dus à des causes naturelles, à un accident, à un suicide ou à un homicide.

Amendments to the *Coroners Act*

An Act to Amend the Coroners Act was assented to March 12, 1999. The amendments dealt with the death reporting provisions and are summarized as follows:

Modifications à la *Loi sur les Coroners*

La *Loi modifiant la Loi sur les coroners* a reçu la sanction royale le 12 mars 1999. Les modifications touchent les dispositions ayant trait à l'obligation de signaler certains décès et elles se résument comme suit :

- the section describing reportable deaths under the *Coroners Act* was amended to include categories that appear in Regulation 92-84 under the *Hospital Act,* and in the coroners legislation of other provinces. At the same time, the reference in Regulation 92-84 under the *Hospital Act* to the death of a person by "unfair means" was repealed. The meaning of that phrase was unclear, and the other categories of reportable deaths are sufficiently broad to capture any death which should be investigated.

- L'article de la *Loi sur les coroners* qui décrit les décès à déclaration obligatoire a été modifié afin d'englober les catégories énumérées dans le règlement 92-84 de la *Loi hospitalière* et dans les mesures législatives sur les coroners adoptées dans d'autres provinces. Parallèlement, la mention du décès de personnes par le « recours à des techniques déloyales » qui figurait dans le règlement 92-84 de la *Loi hospitalière* a été abrogée. Le sens de cette phrase n'était pas clair et les autres catégories de décès à déclaration obligatoire sont suffisamment générales pour englober tous les décès qui doivent donner lieu à une enquête.

- to ensure the reporting of all deaths that occur in correctional facilities within the province, subsection 6(1) which referred only to adult institutions was amended to make specific reference to secure custody facilities and places of temporary detention designated under the *Young Offenders Act* and the *Custody and Detention of Young Persons Act*.

- Pour faire en sorte que tous les décès qui se produisent dans des établissements correctionnels de la province soient signalés, le paragraphe 6(1), qui portait exclusivement sur les établissements pour adultes, a été modifié de sorte à s'appliquer aussi aux endroits de garde en milieu fermé et aux endroits de détention temporaire désignés en vertu de la *Loi sur la garde et la détention des adolescents* et de la *Loi sur les jeunes contrevenants*.

- The requirements of subsection 6(3) that every death which occurs in a hospital within 24 hours of admission must be reported to the Coroner was repealed. The provision resulted in the reporting of many deaths that did not warrant investigation, unnecessarily tying up the resources of hospitals and Coroner Services. The comprehensive death reporting provisions of section 4 of the *Coroners Act* and Regulation 92-84 under the *Hospital Act* will ensure that any death that should be investigated is reported.

- L'exigence de signaler au coroner tout décès qui se produit dans un hôpital dans les 24 heures suivant l'admission a été abrogée. Cette disposition entraînait le signalement de nombreux décès qui ne justifiaient pas une enquête et elle accaparait indûment les ressources des hôpitaux et des bureaux des coroners. Les dispositions exhaustives sur les décès à déclaration obligatoire que contiennent l'article 4 de la *Loi sur les coroners* et le règlement 92-84 de la *Loi hospitalière* font en sorte que tous les décès qui doivent donner lieu à une enquête soient signalés.

Investigative Capacity of Coroner Services

For investigational purposes Coroner Services has available on request the services of the Royal Canadian Mounted Police (including the facilities of the Forensic Laboratory in Halifax) and municipal police acting within their respective jurisdictions. Also available to Coroner Services are the services of pathologists located at Regional Laboratories situated at Fredericton, Saint John, Moncton, Campbellton, Bathurst and Edmundston and also the services of the Provincial Forensic Toxicologist located at Saint John.

There is a centralized forensic pathology service located in Saint John. The identification of a death as a "Type II" case which needs the special consideration of a forensic pathologist now results in the utilization of the forensic service mentioned above and requires that the body be transported to Saint John for the autopsy.

Purpose of Coroners Investigation

The purpose of the coroner investigation for many years was directed towards the investigation of the actual medical cause of death, now the medical cause of death is only one of many factors to be considered. The non-medical factors causing death are equally important and in many cases call for remedial measures to correct conditions hazardous to public safety.

The Inquest Decision

One of the most difficult decisions a coroner has to make is whether or not to hold an inquest.

Pouvoirs d'investigation du Service coroners

Aux fins d'investigation, le Service des coroners peut faire appel, au besoin, à la Gendarmerie royale du Canada (notamment au laboratoire médico-légal de Halifax) et à un corps de police municipal qui ont chacun leur domaine de compétence. Les coroners peuvent aussi faire appel aux services des pathologistes des laboratoires régionaux, situés à Fredericton, Saint John, Moncton, Campbellton, Bathurst, et Edmundston, de même qu'aux services légaux du toxicologue provincial, qui se trouve à Saint John.

Il y a un service de médecine légale centralisé situé à Saint John. Ainsi, lorsqu'un décès est classé comme un cas de «type II», nécessitant l'intervention spéciale d'un médecin légiste, il faut maintenant utiliser le service susmentionné et faire transporter le cadavre à Saint John pour que soit pratiquée une autopsie.

But de l'investigation

Le but de l'investigation du coroner a été pendant de nombreuses années de rechercher la cause médicale réelle du décès. Aujourd'hui, l'aspect médical n'est qu'un facteur à considérer parmi bien d'autres. Les causes non médicales d'un décès sont en effet tout aussi importantes et, dans bien des cas, elles obligent à prendre les mesures nécessaires pour améliorer les conditions qui menacent la sécurité publique.

La décision de mener une enquête

Une des décisions les plus difficiles que doit prendre le coroner est de savoir s'il y a lieu ou non de mener une enquête.

A local coroner or the Chief Coroner may order an inquest into a death. In some circumstances, a coroner may hold an inquest when required to do so in writing by a Judge of The Court of Queen's Bench of New Brunswick, a member of the Executive Council or the Chief Coroner. The holding of an inquest has the effect of drawing public attention to the many contributing causes of sudden and unexpected deaths. It is expected that the Coroners Jury will make recommendations directed toward the avoidance of death in similar circumstances.

The Chief Coroner is responsible for bringing the findings and recommendations arising out of inquests to the attention of appropriate persons, agencies and government departments.

Summary

Coroner Services investigates about 23 percent of the total of approximately 6,000 deaths per year in the Province. A high percentage of the investigated deaths are determined to be from natural causes. The coroner, in approximately 40 percent of the cases, orders autopsies and inquests are ordered in slightly less than one percent of all investigated deaths. Ex-officio coroners who are full-time employees of Sheriff/ Coroner Services now conduct more than 90 percent of investigated deaths.

For the period covered by this Report, the Registrar of Vital Statistics recorded 6,048 deaths in the Province of which 1,400 or 23% were reported to a coroner. By comparison in the previous year there were 5,954 deaths in the Province of which 1,388 or 23% were reported to a coroner.

The number of cases investigated can be attributed in part to the change in notification requirements.

Un coroner local ou le coroner en chef peuvent ordonner qu'on enquête sur un décès. Dans certaines circonstances, un coroner peut procéder a une enquête sur demande écrite d'un juge de la Cour du Banc de la Reine du Nouveau Brunswick, d'un membre du Conseil executif ou du coroner en chef. La tenue de l'enquête a pour effet d'attirer l'attention de la population sur les nombreuses causes de décès soudains et inattendus. On s'attend à ce que le jury du coroner fasse des recommandations visant à éviter dans la mesure du possible qu'un décès ne survienne dans des circonstances semblables.

Le coroner en chef doit veiller à communiquer les conclusions et les recommandations à partir d'une enquête aux personnes, organismes et ministères concernés.

Résumé

Environ 23 pour cent des quelque 6 000 décès annuels dans la province font l'objet d'une investigation par le Service des coroners. Un très grand nombre d'investigations se terminent par un constat de mort due à des causes naturelles. Le coroner ordonne la tenue d'une autopsie dans environ 40 pour cent des cas alors que moins de un pour cent nécessitent une enquête du coroner sur les décès. Plus de 90 pour cent des investigations sur les décès sont effectuées de nos jours par des coroners d'office qui sont employés à temps plein du Service des shérifs-coroners.

Au cours de l'exercice couvert par ce rapport, la registraire générale des statistiques de l'état civil a rapporté 6 048 décès dans la province dont 1 400 ou 23% ont été signalés aux coroners. En comparaison, pour l'exercice précédent, 5 954 décès sont survenus dans la province dont 1 388 ou 23% nous avaient été signalés.

La nombre des cas ayant fait l'objet d'une enquête peut être attribuée en partie aux modifications apportées aux exigences en matière de notification

Appreciation is expressed to all law enforcement agencies and to all other related agencies who have through the year cooperated and assisted in the investigations which have been processed through Coroner Services. Also gratitude is expressed to all coroners who have shown, once again, a high level of dedication and professionalism, frequently under adverse conditions.

The Chief Coroner invites comments or suggestions for modifying or improving any part of the report or regarding any aspect of the overall delivery of coroner services in the Province.

Comments should be directed to:

The Office of the Chief Coroner
P.O. Box 6000
Fredericton, NB
E3B 5H1
Phone (506) 453-3604
Fax (506) 462-2038

Statistical Summary of Investigated Deaths

Since January 1, 1987 deaths reported to and investigated by Coroner Services have been classified in five distinct categories: natural, accident, suicide, homicide, and undetermined.

The natural category covers all deaths by disease or **natural causes.**

Nous sommes reconnaissants envers toutes les agences de maintien de l'ordre et les organismes connexes qui ont collaboré avec nous et nous ont aidés à mener les enquêtes au cours de l'année qui vient de s'écouler. Nous remercions également tous les coroners qui ont fait preuve, encore une fois, de dévouement et de professionnalisme, souvent dans des circonstances difficiles.

Le coroner en chef invite le public à nous faire part de ses observations ou de ses suggestions qui pourraient contribuer à améliorer ce rapport ou les services offerts par le bureau du coroner de la province.

Prière de faire parvenir vos observations à l'adresse suivante :

Bureau du coroner en chef
C.P. 6000
Fredericton (Nouveau-Brunswick)
E3B 5H1
Téléphone : (506) 453-3604
Télécopieur : (506) 462-2038

Résumé statistique des investigations menées à la suite de décès

Depuis le 1er janvier 1987, les décès signalés au Service des coroners et sur lesquels celle-ci doit faire une investigation sont classés dans cinq catégories distinctes: mort naturelle, accident, suicide, homicide, et décès d'origine inconnue.

La catégorie de **morts naturelles** englobe tous les décès survenus à la suite d'une maladie ou attribuables à des causes naturelles.

The accident category covers all **accidental** deaths including all deaths involving motor vehicles where there is no obvious intention to cause death to another person. For example, if a person is intoxicated and drives with criminal negligence causing death the coroner's classification will be accidental.

The **suicide** category covers all cases of obvious suicide.

The **homicide** category covers all cases of homicide except where a motor vehicle is involved and there is no obvious intention to cause death to another person.

The **undetermined** category covers any death where it is impossible to determine whether the death was accidental, suicide, homicide or natural. Coroners are instructed to make all possible effort to classify deaths in one of the other categories before considering this category. An example of a difficult case which might fall in this category is that of drug overdose where it is impossible to determine whether death was accidental, suicide or homicide.

The tables included in this report identify the **Environment**, that is the principal **location** of where the death occurred and the **Death Factor**, that is an action, force, instrument or disease which led directly toward death.

La catégorie **d'accidents** englobe tous les décès accidentels, y compris ceux impliquant des véhicules à moteur sans qu'il existe d'intention évidente de provoquer la mort de quelqu'un. Ainsi, une personne en état d'ébriété qui cause la mort de quelqu'un dans un accident de la route pourra être accusée de négligence criminelle, mais le coroner parlera tout de même d'accident.

La catégorie de **suicide** englobe tous les cas évidents de suicide.

La catégorie **d'homicides** englobe tous les cas évidents d'homicide, sauf si un véhicule à moteur est impliqué et qu'il n'existe aucune intention évidente de provoquer la mort de quelqu'un.

La catégorie de **décès d'origine inconnue** englobe les cas où il est impossible de déterminer s'il s'agit de l'une ou l'autre des quatre catégories décrites ci-dessus. Les coroners se doivent évidemment de tout faire pour n'en arriver à cette conclusion qu'en dernier ressort. Un exemple de cas difficile qui pourrait être classé dans ce groupe serait celui d'une surdose de drogue où il est impossible de déterminer s'il s'agit d'un accident, d'un suicide ou d'un homicide.

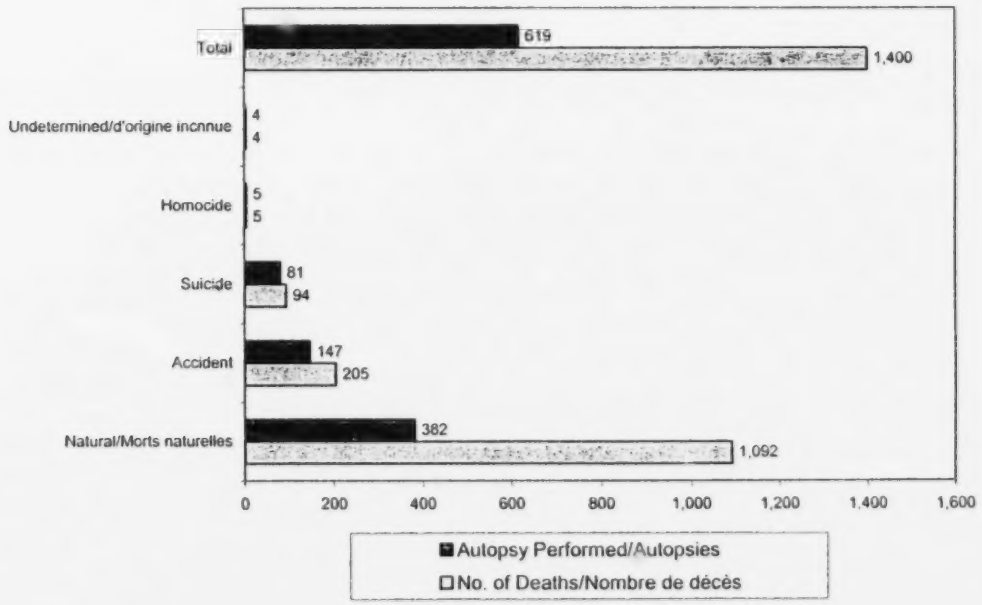
Les tableaux de ce rapport identifient le **Lieu**, c'est-à-dire l'endroit principal où le décès est survenu, et au **Facteur de mortalité**, c'est-à-dire l'action, la mesure de violence, l'instrument ou la maladie qui a été la cause directe du décès.

PROVINCIAL SUMMARY - SCHEDULE A-1 / SOMMAIRE PROVINCIAL - TABLEAU A-1
from/de 2001.04.01 to/au 2002.03.31

Classification/ Catégorie de décès	No. of Deaths/ Nombre de décès	% of Deaths/ de décès	Rate per 100,000 Population / Taux d'incidence par 100 000 habitants	Autopsy Performed/ Autopsies	% of classification/ de la catégorie de décès
Natural/Morts naturelles	1,092	78.0	144.2	382	35.0
Accident	205	14.6	27.1	147	71.7
Suicide	94	6.7	12.4	81	86.2
Homicide	5	0.4	0.7	5	100.0
Undetermined/Décès d'origine inconnue	4	0.3	N/A	4	100.0
Total	1,400	100.0		619	

Based on a population of / sur une population de 757,077

PROVINCIAL SUMMARY - SCHEDULE A-1 / SOMMAIRE PROVINCIAL - TABLEAU A- 1
from/de 2001.04.01 to/au 2002.3.31



Provincial Summary - Deaths By Classification, By Month - Schedule A-2 / Sommaire provincial - décès par catégorie, par mois - Tableau A-2
from/de 2001.04.01 to/au 2002.03.31

Classification/ Catégorie de décès	April/ avril	May/ mai	June/ juin	July/ juillet	Aug/ août	Sept/ sept	Oct/ oct	Nov/ nov	Dec/ déc	Jan/ jan	Feb/ fév	Mar/ mars	TOTAL
Natural/Morts naturelles	91	77	90	88	79	85	92	90	102	103	99	96	1,092
Accident	21	15	14	20	16	12	19	22	20	14	15	17	205
Suicide	7	1	11	11	3	8	11	10	9	5	9	9	94
Homicide	0	1	0	2	0	0	0	0	1	0	0	1	5
Undetermined/Décès d'origine inconnue	2	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	4
TOTAL	121	94	115	121	98	105	122	122	133	122	124	123	1,400

DEATHS BY JUDICIAL DISTRICT - SCHEDULE A-3 / NOMBRE DE DÉCES PAR CIRCONSCRIPTIONS JUDICIAIRES - TABLEAU - A-3
from/de 2001.04.01 to/au 2002.03.31

	Judicial Districts / Circonscriptions judiciaires								
	Bathurst	Campbellton	Edmundston	Fredericton	Miramichi	Moncton	Saint John	Woodstock	Province
Natural/Morts naturelles	87	63	52	206	53	218	365	48	1,092
Accident	23	13	20	34	15	38	41	21	205
Suicide	22	11	10	11	4	18	14	4	94
Homicide	0	1	0	1	1	1	1	0	5
Undetermined/Décès d'origine inconnue	1	0	0	0	0	0	2	1	4
Total / Totaux	133	88	82	252	73	275	423	74	1,400
% of Provincial Total / % de cas par rapport au total provincial	9.5	6.3	5.9	18.0	5.2	19.6	30.2	5.3	100
Population	86,566	37,945	45,936	129,872	52,725	187,314	175,458	41,261	757,077
Death Rate per 100,000 population / Taux de mortalité par 100 000 habitants									
Natural/Morts naturelles	100.5	166.0	113.2	158.6	100.5	116.4	208.0	116.3	144.2
Accident	26.6	34.3	43.5	26.2	28.4	20.3	23.4	50.9	27.1
Suicide	25.4	29.0	21.8	8.5	7.6	9.6	8.0	9.7	12.4
Homicide	0.0	2.6	0.0	0.8	1.9	0.5	0.6	0.0	0.7
Total deaths by trauma (accident,suicide,homicide)/ Total de décès par trauma (accident,suicide,homicide)	45	25	30	46	20	57	56	25	304
Rate per 100,000 population / Taux d'incidence par 100 000 habitants	52.0	65.9	65.3	35.4	37.9	30.4	31.9	60.6	40.2

PROVINCIAL SUMMARY / SOMMAIRE PROVINCIAL

ACCIDENT DEATHS BY AGE GROUP, GENDER AND JUDICIAL DISTRICT - SCHEDULE B-1 / MORTS ACCIDENTELLES PAR GROUPE D'AGE, SEXE ET PAR CIRCONSCRIPTIONS JUDICIAIRES - TABLEAU B-1

from/de 2001.04.01 to/au 2002.03.31

Judicial Districts / Circonscriptions Judiciaires	0 -19		20 -30		31 -40		41 -50		51 -60		61 -70		Over 70 / Plus de 70		Total Male/ Hommes	Total Female/ Femmes	Total	% of Classification % par Catégorie	Autopsies	% of Classification % par Catégorie
	M H	F / F	M H	F / F	M H	F / F	M H	F / F	M H	F / F	M H	F / F	M H	F / F						
Bathurst	2	0	4	1	4	0	1	1	0	2	4	2	0	2	15	8	23	11.2	14	9.5
Campbellton	0	0	1	0	1	1	1	0	2	1	1	0	3	2	9	4	13	6.3	6	4.1
Edmundston	1	1	5	0	3	0	2	1	3	0	2	1	1	0	17	3	20	9.8	18	12.2
Fredericton	3	1	5	2	3	0	5	3	4	0	1	1	1	5	22	12	34	16.6	29	19.7
Miramichi	3	0	2	0	1	0	2	0	3	0	0	2	1	1	12	3	15	7.3	7	4.8
Moncton	2	1	10	1	5	0	3	1	6	1	5	0	1	2	32	6	38	18.5	21	14.3
Saint John	13	2	3	1	5	1	1	2	4	1	2	0	5	1	33	8	41	20.0	37	25.2
Woodstock	0	2	5	2	3	1	4	0	0	1	2	0	1	0	15	6	21	10.2	15	10.2
Males / Hommes	24		35		25		19		22		17		13		155		205	100.0	147	100.0
% Total - Males / Hommes	11.7		17.1		12.2		9.3		10.7		8.3		6.3		75.6					
Females / Femmes		7		7		3		8		6		6		13		50				
% Total - Females / Femmes		3.4		3.4		1.5		3.9		2.9		2.9		6.3		24.4				
Total for Age Group / Total par groupe d'âge	31		42		28		27		28		23		26							
% of Classification Total / % pour total de la Catégorie	15.1		20.5		13.7		13.2		13.7		11.2		12.7							

PROVINCIAL SUMMARY / SOMMAIRE PROVINCIAL

ACCIDENT DEATHS BY AGE GROUP, GENDER AND DEATH FACTOR - SCHEDULE B-2 / MORTS ACCIDENTELLES PAR GROUPE D'AGE, SEXE ET FACTEUR DE MORTALITÉ - TABLEAU B-2

from/de 2001.04.01 to/au 2002.03.31

Death Factor Description/ Description du facteur de mortalité	0 -19		20 -30		31 -40		41 -50		51 -60		61 -70		Over 70 / Plus de 70		Total Male/ Hommes	Total Female/ Femmes	Total	% of Classification % par Catégorie	Autopsies	% of Classification % par Catégorie
	M H	F / F	M H	F / F	M H	F / F	M H	F / F	M H	F / F	M H	F / F	M H	F / F						
Drowning Open Water / Noyade - en eau libre	3	0	1	0	2	0	1	0	2	1	1	0	0	0	10	1	11	5.4	8	5.4
Drowning - Private Pool / Noyade - piscine privée	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	1	0.5	1	0.7
Animal Bites, Kicks, etc. / Morsures par un animal, coup de pied, etc.	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	1	0.5	1	0.7
Trauma of Vehicle Collision / Traumatisme dû à une collision de véhicule	16	7	21	4	14	2	10	4	8	4	9	4	3	3	81	28	109	53.2	73	49.7
Crushed, And/Or Buried / Écrasé et/ou enterré	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	1	0	2	0	5	0	5	2.4	3	2.0
Caught in Machinery / Pris dans une machine	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	1	0.5	1	0.7
Blunt Trauma, Accidental / Traumatisme dû à un objet contondant - accidentel	1	0	2	0	1	0	3	0	2	1	0	0	1	1	10	2	12	5.9	8	5.4
Shooting - Rifle / Fusillade, carabine	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0.5	1	0.7
Electrocution / Électrocution	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0.5	1	0.7
Strangulation / Étranglement	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	1	0.5	1	0.7
Fire - Structural / Incendie de bâtiments	0	0	3	1	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	4	2	6	2.9	6	4.1

PROVINCIAL SUMMARY / SOMMAIRE PROVINCIAL

ACCIDENT DEATHS BY AGE GROUP, GENDER AND DEATH FACTOR - SCHEDULE B-2 / MORTS ACCIDENTELLES PAR GROUPE D'AGE, SEXE ET FACTEUR DE MORTALITÉ - TABLEAU B-2

from/de 2001.04.01 to/au 2002.03.31

Death Factor Description/ Description du facteur de mortalité	0 -19 M / H	F / F	20 -30 M / H	F / F	31 -40 M / H	F / F	41 -50 M / H	F / F	51 -60 M / H	F / F	61 -70 M / H	F / F	Over 70 / Plus de 70 M / H	F / F	Total Male/ Hommes	Total Female/ Femmes	Total	% of Classification % par Catégorie	Autopsies	% of Classification % par Catégorie
Exposure to Cold / Hypothermie	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	1	0	0	0	3	0	3	1.5	3	2.0
Fall or jump - different level height, eg. bridge, building / Chute ou saut - à partir de hauteurs différentes, par ex. d'un pont, d'un bâtiment, etc.	0	0	2	0	1	0	1	0	2	0	2	0	0	0	8	0	8	3.9	7	4.8
Fall or Jump - same level / Chute ou saut - à partir du sol	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	3	3	5	3	8	3.9	5	3.4
Suffocation / Suffocation	1	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	0	3	1.5	3	2.0
Object Caught in Throat / Objet obstruant la gorge et causant l'étouffement	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	1	1	1	3	4	4	8	3.9	1	0.7
Aspiration / Aspiration	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	1	1	1	3	2	5	2.4	4	2.7
Asphyxia / asphyxie	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	1	0.5	1	0.7
Drug / Drogue	0	0	0	1	1	0	1	1	1	0	1	0	0	0	4	2	6	2.9	6	4.1
Alcohol Poisoning / Intoxication par l'alcool	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	1	1	2	1.0	2	1.4
Therapeutic Misadventure / Réaction allergique à un médicament	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0.5	1	0.7
Transferred from other Province/State / Transferré de l'extérieur de la province/État	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	1	0.5	1	0.7

PROVINCIAL SUMMARY / SOMMAIRE PROVINCIAL

ACCIDENT DEATHS BY AGE GROUP, GENDER AND DEATH FACTOR - SCHEDULE 8-2 / MORTS ACCIDENTELLES PAR GROUPE D'AGE, SEXE ET FACTEUR DE MORTALITÉ - TABLEAU 8-2

from/de 2001.04.01 to/au 2002.03.31

Death Factor Description/ Description du facteur de mortalité	0 -19 M / H	0 -19 F / F	20 -30 M / H	20 -30 F / F	31 -40 M / H	31 -40 F / F	41 -50 M / H	41 -50 F / F	51 -60 M / H	51 -60 F / F	61 -70 M / H	61 -70 F / F	Over 70 / Plus de 70 M / H	Over 70 / Plus de 70 F / F	Total Male/ Hommes	Total Female/ Femmes	Total	% of Classification % par Catégorie	Autopsies	% of Classification % par Catégorie
Trauma of Recreational Vehicle Collision / Traumatisme dû à une collision de véhicule récréatif	3	0	5	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	10	0	10	4.9	9	6.1
Males / Hommes	24		35		25		19		22		17		13		155		205	100.0	147	100.0
Females / Femmes		7		7		3		8		6		6		13		50				
Total for Age Group / Total par groupe d'âge	31		42		28		27		28		23		26							

PROVINCIAL SUMMARY / SOMMAIRE PROVINCIAL

ACCIDENT DEATHS BY AGE GROUP, GENDER AND ENVIRONMENT - SCHEDULE B-3 / MORTS ACCIDENTELLES PAR GROUPE D'AGE, SEXE ET PAR LIEU DE L'INCIDENCE - TABLEAU B-3

from/de 2001.04.01 to/au 2002.03.31

Environment Description/ Description du lieu de l'incidence	0 -19		20 -30		31 -40		41 -50		51 -60		61 -70		Over 70 / Plus de 70		Total Male/ Hommes	Total Female/ Femmes	Total	% of Classification % par Catégorie	Autopsies	% of Classification % par Catégorie
	M H	F / F	M H	F / F	M H	F / F	M H	F / F	M H	F / F	M H	F / F	M H	F / F						
Construction / Chantier de construction	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	1	0.5	1	0.7
Farming (includes non paid actual farming not recreation) / Agriculture (comprend le travail agricole non rémunéré et à des fins non récréatives)	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	2	0	3	1	4	2.0	4	2.7
Factory, Plant, Warehouse (Inside) / Manufacture, usine, entrepôt (à l'intérieur)	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0.5	1	0.7
Other Work Place / Autre lieu de travail	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	2	0	2	1.0	2	1.4
Swimming / Natation	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	2	1.0	2	1.4
Powerboating / Canot à moteur	0	0	1	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	3	0	3	1.5	2	1.4
Other Non-powerboating (canoes, rafts) / Autres moyens de navigation non motorisés (canots, radeaux)	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	2	1.0	1	0.7
Snowmobiling (Anywhere Off Public Road) - driver / Motoneige (n'importe ou hors d'une route publique)conducteur	0	0	2	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	4	0	4	2.0	3	2.0
All Terrain Vehicle (Driver) / Véhicule tout-terrain (conducteur)	3	0	3	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	7	0	7	3.4	7	4.8
Nursing Home / Foyers de soins	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	5	2	5	7	3.4	1	0.7
Hospital Post Op (Recovery Room) / Salle de réveil	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0.5	1	0.7

PROVINCIAL SUMMARY / SOMMAIRE PROVINCIAL

ACCIDENT DEATHS BY AGE GROUP, GENDER AND ENVIRONMENT - SCHEDULE B-3 / MORTS ACCIDENTELLES PAR GROUPE D'AGE, SEXE ET PAR LIEU DE L'INCIDENCE - TABLEAU B-3

from/de 2001.04.01 to/au 2002.03.31

Environment Description/ Description du lieu de l'incidence	0 -19 M F / H F	20 -30 M F / H F	31 -40 M F / H F	41 -50 M F / H F	51 -60 M F / H F	61 -70 M F / H F	Over 70 / Plus de 70 M F / H F	Total Male/ Hommes	Total Female/ Femmes	Total	% of Classification % par Catégorie	Autopsies	% of Classification % par Catégorie
Hospital Other (Ward, ICU, etc.) / Autres services à l'hôpital (unité, soins intensifs, autres)	0 0	0 0	0 0	0 0	1 0	1 0	0 0	2	0	2	1.0	1	0.7
Homes for Special Care / Foyer de soins spéciaux	0 0	0 0	0 0	0 0	1 0	0 2	0 0	1	2	3	1.5	2	1.4
Hospital - For Pronouncement / Hôpital (pour la constation du décès)	1 0	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0	1	0	1	0.5	1	0.7
Living Inside, Residence or on Property / A l'intérieur d'un bâtiment, dans une résidence ou sur un bien-fonds	1 0	4 3	1 1	5 3	4 0	6 0	4 4	25	11	36	17.6	28	19.1
Inside, Other than Residence (Mall, Tavern, Restaurant) / A l'intérieur d'un bâtiment autre qu'une résidence (centre commercial, brasserie, restaurant)	0 0	0 0	2 0	0 0	1 0	0 0	0 0	3	0	3	1.5	3	2.0
Urban Outdoors - public place and other (not residence) / A l'extérieur, en milieu urbain - lieu public ou autre (pas un domicile)	0 0	1 0	1 0	0 0	1 0	1 0	1 0	5	0	5	2.4	4	2.7
Rural Outdoors (not built up place or near residence) / A l'extérieur, en milieu rural (loin de bâtiments ou des résidences)	1 0	2 0	2 0	2 0	1 1	0 0	0 0	8	1	9	4.4	8	5.4
Farm equipment - driver - Off Public Road and Private Road / Equipement agricole - conducteur - hors route publique et route privée	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0	1 0	1	0	1	0.5	0	0.0
Public Rd - Driver / Route publique - conducteur	5 2	11 3	12 1	9 2	5 1	5 2	1 0	48	11	59	28.8	48	32.7

PROVINCIAL SUMMARY / SOMMAIRE PROVINCIAL

ACCIDENT DEATHS BY AGE GROUP, GENDER AND ENVIRONMENT - SCHEDULE B-3 / MORTS ACCIDENTELLES PAR GROUPE D'AGE, SEXE ET PAR LIEU DE L'INCIDENCE - TABLEAU B-3

from/de 2001.04.01 to/au 2002.03.31

Environment Description/ Description du lieu de l'incidence	0 -19		20 -30		31 -40		41 -50		51 -60		61 -70		Over 70 / Plus de 70		Total Male/ Hommes	Total Female/ Femmes	Total	% of Classification % par Catégorie	Autopsies	% of Classification % par Catégorie
	M H	F / F	M H	F / F	M H	F / F	M H	F / F	M H	F / F	M H	F / F	M H	F / F						
Public Rd - Passenger / Route publique - passager	7	5	6	1	2	1	1	2	1	2	0	2	1	1	18	14	32	15.6	14	9.5
Public Rd - Motorcycle Driver / Route publique - motocycliste	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	2	1.0	1	0.7
Public Rd - Pedestrian / Route publique - piéton	3	0	0	0	1	0	0	0	0	0	3	0	1	3	8	3	11	5.4	8	5.4
Public Rd - bicycle (not motorized vehicle) / Route publique - vélo (non motorisé)	1	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	1	0	3	1	4	2.0	3	2.0
Water Vehicles (Not Recreation) / Véhicules nautiques (à but non récréatif)	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	1	0.5	1	0.7
Died Out Of Province /	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0.5	0	0.0
Anywhere Off Public Road - bicycle (not motorized vehicle) / N'importe où hors d'une route publique - vélo (non motorisé)	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0.5	0	0.0
Males / Hommes	24		35		25		19		22		17		13		155		205	100.0	147	100.0
Females / Femmes		7		7		3		8		6		6		13		50				
Total for Age Group / Total par groupe d'âge	31		42		28		27		28		23		26							

PROVINCIAL SUMMARY / SOMMAIRE PROVINCIAL

SUICIDE DEATHS BY AGE GROUP, GENDER AND JUDICIAL DISTRICT - SCHEDULE C-1 / SUICIDE PAR GROUPE D'AGE, SEXE ET PAR CIRCONSCRIPTIONS JUDICIAIRES - TABLEAU C-1

from/de 2001.04.01 to/au 2002.03.31

Judicial Districts / Circonscriptions Judiciaires	0 -19		20 -30		31 -40		41 -50		51 -60		61 -70		Over 70 / Plus de 70		Total Male/ Hommes	Total Female/ Femmes	Total	% of Classification % par Catégorie	Autopsies	% of Classification % par Catégorie
	M	F / F	M	F / F	M	F / F	M	F / F	M	F / F	M	F / F	M	F / F						
Bathurst	1	0	3	0	3	0	6	3	3	0	2	1	0	0	18	4	22	23.4	16	19.8
Campbellton	0	1	1	0	0	0	2	3	1	0	3	0	0	0	7	4	11	11.7	8	9.9
Edmundston	1	0	2	0	1	0	2	1	1	0	1	0	1	0	9	1	10	10.6	9	11.1
Fredericton	1	0	2	0	2	0	3	0	1	0	1	0	1	0	11	0	11	11.7	11	13.6
Miramichi	0	0	2	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	4	0	4	4.3	4	4.9
Moncton	1	1	2	1	2	1	4	0	1	1	2	0	2	0	14	4	18	19.2	15	18.5
Saint John	0	0	1	0	3	1	0	2	2	1	0	1	2	1	8	6	14	14.9	14	17.3
Woodstock	0	0	1	0	0	0	1	0	2	0	0	0	0	0	4	0	4	4.3	4	4.9
Males / Hommes	4		14		11		18		13		9		6		75		94	100.0	81	100.0
% Total - Males / Hommes	4.3		14.9		11.7		19.1		13.8		9.6		6.4		79.8					
Females / Femmes		2		1		2		9		2		2		1		19				
% Total - Females / Femmes		2.1		1.1		2.1		9.6		2.1		2.1		1.1		20.2				
Total for Age Group / Total par groupe d'âge	6		15		13		27		15		11		7							
% of Classification Total / % pour total de la Catégorie	6.4		16.0		13.8		28.7		16.0		11.7		7.5							

PROVINCIAL SUMMARY / SOMMAIRE PROVINCIAL

SUICIDE DEATHS BY AGE GROUP, GENDER AND DEATH FACTOR - SCHEDULE C-2 / SUICIDES PAR GROUPE D'AGE, SEXE ET FACTEUR DE MORTALITÉ - TABLEAU C-2

from/de 2001.04.01 to/au 2002.03.31

Death Factor Description/ Description du facteur de mortalité	0 -19 M / H	F / F	20 -30 M / H	F / F	31 -40 M / H	F / F	41 -50 M / H	F / F	51 -60 M / H	F / F	61 -70 M / H	F / F	Over 70 / Plus de 70 M / H	F / F	Total Male/ Hommes	Total Female/ Femmes	Total	% of Classification % par Catégorie	Autopsies	% of Classification % par Catégorie
Drowning Open Water / Noyade - en eau libre	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	2	0	2	2.1	1	1.2
Drowning Bathtub / Noyade - baignoire	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1.1	1	1.2
Cuts, Stabs / Coupures, coups de poignard	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	1	2	2.1	1	1.2
Trauma of Vehicle Collision / Traumatisme dû à une collision de véhicule	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	1.1	1	1.2
Shooting - Rifle / Fusillade, carabine	1	1	2	0	0	0	2	0	2	0	1	0	0	0	8	1	9	9.6	8	9.9
Shooting - Shotgun / Fusillade, fusil de chasse	0	0	2	0	5	0	5	1	2	0	2	0	1	0	13	1	14	14.9	11	13.6
Shooting - Handgun / Fusillade, arme de poing	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	1	1.1	0	0.0
Exposure to Cold / Hypothermie	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	1	1.1	1	1.2
Fall or jump - different level height, eg. bridge, building / Chute ou saut - à partir de hauteurs différentes, par ex. d'un pont, d'un bâtiment, etc.	0	0	1	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	1	3	1	4	4.3	4	4.9
Suffocation / Suffocation	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	1.1	1	1.2
Hanging / Pendaison	3	1	6	1	2	1	10	1	3	1	4	0	1	0	29	5	34	36.2	29	35.8

PROVINCIAL SUMMARY / SOMMAIRE PROVINCIAL

SUICIDE DEATHS BY AGE GROUP, GENDER AND DEATH FACTOR - SCHEDULE C-2 / SUICIDES PAR GROUPE D'AGE, SEXE ET FACTEUR DE MORTALITÉ - TABLEAU C-2

from/de 2001.04.01 to/au 2002.03.31

Death Factor Description/ Description du facteur de mortalité	0 -19 M F / H F	20 -30 M F / H F	31 -40 M F / H F	41 -50 M F / H F	51 -60 M F / H F	61 -70 M F / H F	Over 70 / Plus de 70 M F / H F	Total Male/ Hommes	Total Female/ Femmes	Total	% of Classification % par Catégorie	Autopsies	% of Classification % par Catégorie
Vehicle Exhaust / Gas d'échappement d'un véhicule	0 0	2 0	2 0	1 0	0 0	0 0	1 0	6	0	6	6.4	6	7.4
Drug / Drogue	0 0	0 0	1 1	0 5	5 1	1 2	1 0	8	9	17	18.1	17	21.0
Blunt Trauma / Traumatisme dû à un objet contondant	0 0	1 0	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0	1	0	1	1.1	0	0.0
Males / Hommes	4	14	11	18	13	9	6	75		94	100.0	81	100.0
Females / Femmes	2	1	2	9	2	2	1		19				
Total for Age Group / Total par groupe d'âge	6	15	13	27	15	11	7						

PROVINCIAL SUMMARY / SOMMAIRE PROVINCIAL

SUICIDE DEATHS BY AGE GROUP, GENDER AND ENVIRONMENT - SCHEDULE C-3 / SUICIDES PAR GROUPE D'AGE, SEXE ET PAR LIEU DE L'INCIDENCE - TABLEAU C-3

from/de 2001.04.01 to/au 2002.03.31

Environment Description/ Description du lieu de l'incidence	0 -19 M / H	0 -19 F / F	20 -30 M / H	20 -30 F / F	31 -40 M / H	31 -40 F / F	41 -50 M / H	41 -50 F / F	51 -60 M / H	51 -60 F / F	61 -70 M / H	61 -70 F / F	Over 70 / Plus de 70 M / H	Over 70 / Plus de 70 F / F	Total Male/ Hommes	Total Female/ Femmes	Total	% of Classification % per Catégorie	Autopsies	% of Classification % per Catégorie
Nursing Home / Foyers de soins	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1.1	1	1.2
Police Prov. Jail/Detention Centre / Prison provinciale/centre de détention	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	1.1	1	1.2
Living Inside, Residence or on Property / A l'intérieur d'un bâtiment, dans une résidence ou sur un bien-fonds	2	2	7	1	6	1	9	7	9	2	7	2	3	1	43	16	59	62.8	51	63.0
Inside, Other than Residence (Mall, Tavern, Restaurant) / A l'intérieur d'un bâtiment autre qu'une résidence (centre commercial, brasserie, restaurant)	0	0	0	0	0	1	2	0	0	0	0	0	2	0	4	1	5	5.3	4	4.9
Urban Outdoors - public place and other (not residence) / A l'extérieur, en milieu urbain - lieu public ou autre (pas un domicile)	1	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	4	0	4	4.3	3	3.7
Rural Outdoors (not built up place or near residence) / A l'extérieur, en milieu rural (loin de bâtiments ou des résidences)	1	0	5	0	3	0	3	1	4	0	2	0	0	0	18	1	19	20.2	17	21.0
Public Rd - Driver / Route publique - conducteur	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	1.1	1	1.2
Public Rd - Pedestrian / Route publique - piéton	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	2	0	2	2.1	2	2.5
Railway - Not on Board (Crossing Tracks, Trespasser) / Voie ferrée - non-passager (traverser voie, intrus)	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	1.1	0	0.0
Inside Vehicle / Dans un véhicule	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	1.1	1	1.2

PROVINCIAL SUMMARY / SOMMAIRE PROVINCIAL

SUICIDE DEATHS BY AGE GROUP, GENDER AND ENVIRONMENT - SCHEDULE C-3 / SUICIDES PAR GROUPE D'AGE, SEXE ET PAR LIEU DE L'INCIDENCE - TABLEAU C-3

from/de 2001.04.01 to/au 2002.03.31

Environment Description/ Description du lieu de l'incidence	0 -19 M F / H F	20 -30 M F / H F	31 -40 M F / H F	41 -50 M F / H F	51 -60 M F / H F	61 -70 M F / H F	Over 70 / Plus de 70 M F / H F	Total Male/ Hommes	Total Female/ Femmes	Total	% of Classification % par Catégorie	Autopsies	% of Classification % par Catégorie
Males / Hommes	4	14	11	18	13	9	6	75		94	100.0	81	100.0
Females / Femmes	2	1	2	9	2	2	1		19				
Total for Age Group / Total par groupe d'âge	6	15	13	27	15	11	7						

NATIONAL SUICIDE RATES PER 100,000 POPULATION OF CANADA / Taux national canadien de suicide par 100 000 habitants

Schedule C-4 / Tableau C-4

1989 - 1998

	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998
National Rate / Taux national	13.3	12.7	13.3	13.5	13.1	12.8	13.4	13.2	12.3	12.2
Nfld. / T.-N.	5.1	10.1	7.1	8.7	9.8	8.4	7.3	6.6	8.3	6.2
PEI / I.-P.-É.	8.5	10.7	16.9	12.3	9.0	11.9	14.0	8.8	10.2	7.3
NS / N.-É.	10.9	12.9	12.6	10.7	11.5	10.4	13.0	12.3	9.8	11.8
NB / N.-B.	11.7	11.6	12.8	11.7	14.5	13.7	15.9	12.5	11.8	14.3
Que / QC	15.6	16.3	16.3	18.1	18.2	17.3	19.5	19.9	18.7	18.9
Ont / Ont.	11.9	9.1	10.1	9.7	10.0	9.9	9.8	9.7	8.2	8.4
Man / Man.	14.6	12.8	12.4	12.0	12.6	10.4	10.4	10.3	12.7	11.3
Sask / Sask.	12.3	15.2	12.5	14.1	12.1	14.1	12.6	13.6	13.7	11.5
Alta / Alb.	14.9	16.3	18.3	18.4	15.4	15.7	16.4	16.3	14.2	13.9
BC / C.-B.	13.7	12.7	14.4	13.8	11.4	11.5	11.3	10.0	10.7	10.3
Yukon / Yuk.	19.8	19.2	11.2	10.4	22.9	23.6	29.7	19.1	15.5	15.8
NWT / T.N.-O.	58.2	33.3	40.3	28.5	42.6	32.5	24.3	34.3	41.3	51.9
Source - Statistics Canada / Statistique Canada										

New Brunswick suicide rates for 1999 - 12.71 based on a population of 754,969 for the period of April 1, 1999 - March 31, 2000. / Le taux de suicide au N.-B. pour l'année 1999 - 12.71 basé sur une population de 754,969 pour la période du 1er avril 1999 au 31 mars 2000.

New Brunswick suicide rates for 2000 - 14.8 based on a population of 756,598 for the period of April 1, 2000 - March 31, 2001. / Le taux de suicide au N.-B. pour l'année 2000 - 14.8 basé sur une population de 756,598 pour la période du 1er avril 2000 au 31 mars 2001.

New Brunswick suicide rates for 2001 - 12.42 based on a population of 757,077 for the period of April 1, 2001 - March 31, 2002. / Le taux de suicide au N.-B. pour l'année 2001 - 12.42 basé sur une population de 757,077 pour la période du 1er avril 2001 au 31 mars 2002.

Comparative figures for 1999, 2000 & 2001 calendar years were not available from Statistics Canada at the time of publication. / Les données comparatives de Statistique Canada pour les années civile 1999, 2000 & 2001 n'étaient pas disponibles au moment de la publication.

PROVINCIAL SUMMARY / SOMMAIRE PROVINCIAL

HOMICIDE DEATHS BY AGE GROUP, GENDER AND JUDICIAL DISTRICT - SCHEDULE D-1 / HOMICIDE PAR GROUPE D'AGE, SEXE ET PAR CIRCONSCRIPTIONS JUDICIAIRES - TABLEAU D-1

from/de 2001.04.01 to/au 2002.03.31

Judicial Districts / Circonscriptions Judiciaires	0 -19		20 -30		31 -40		41 -50		51 -60		61 -70		Over 70 / Plus de 70		Total Male/ Hommes	Total Female/ Femmes	Total	% of Classification % par Catégorie	Autopsies	% of Classification % par Catégorie
	M H	F / F	M H	F / F	M H	F / F	M H	F / F	M H	F / F	M H	F / F	M H	F / F						
Campbellton	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	20.0	1	20.0
Fredericton	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	20.0	1	20.0
Miramichi	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	20.0	1	20.0
Moncton	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	20.0	1	20.0
Saint John	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	20.0	1	20.0
Males / Hommes	0		4		0		1		0		0		0		5		5	100.0	5	100.0
% Total - Males / Hommes	0.0		80.0		0.0		20.0		0.0		0.0		0.0		100.0					
Females / Femmes		0		0		0		0		0		0		0		0				
% Total - Females / Femmes		0.0		0.0		0.0		0.0		0.0		0.0		0.0		0.0				
Total for Age Group / Total par groupe d'âge	0		4		0		1		0		0		0							
% of Classification Total / % pour total de la Catégorie	0.0		80.0		0.0		20.0		0.0		0.0		0.0							

PROVINCIAL SUMMARY / SOMMAIRE PROVINCIAL

HOMICIDE DEATHS BY AGE GROUP, GENDER AND DEATH FACTOR - SCHEDULE D-2 / HOMICIDES PAR GROUPE D'AGE, SEXE ET FACTEUR DE MORTALITÉ - TABLEAU D-2

from/de 2001.04.01 to/au 2002.03.31

Death Factor Description/ Description du facteur de mortalité	0 -19		20 -30		31 -40		41 -50		51 -60		61 -70		Over 70 / Plus de 70		Total Male/ Hommes	Total Female/ Femmes	Total	% of Classification % par Catégorie	Autopsies	% of Classification % par Catégorie
	M H	F / F	M H	F / F	M H	F / F	M H	F / F	M H	F / F	M H	F / F	M H	F / F						
Blunt Trauma, Beating / Traumatisme dû à un objet contondant - acte de violence	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	2	40.0	2	40.0
Shooting - Rifle / Fusillade, carabine	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	20.0	1	20.0
Shooting - Shotgun / Fusillade, fusil de chasse	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	20.0	1	20.0
Transferred from other Province/State / Transferré de l'extérieur de la province/État	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	20.0	1	20.0
Males / Hommes	0		4		0		1		0		0		0		5		5	100.0	5	100.0
Females / Femmes		0		0		0		0		0		0		0		0				
Total for Age Group / Total par groupe d'Âge	0		4		0		1		0		0		0							

PROVINCIAL SUMMARY / SOMMAIRE PROVINCIAL

HOMICIDE DEATHS BY AGE GROUP, GENDER AND ENVIRONMENT - SCHEDULE D-3 / HOMICIDES PAR GROUPE D'AGE, SEXE ET PAR LIEU DE L'INCIDENCE - TABLEAU D-3

from/de 2001.04.01 to/au 2002.03.31

Environment Description/ Description du lieu de l'incidence	0 -19		20 -30		31 -40		41 -50		51 -60		61 -70		Over 70 / Plus de 70		Total Male/ Hommes	Total Female/ Femmes	Total	% of Classification % par Catégorie	Autopsies	% of Classification % par Catégorie
	M H	F / F	M H	F / F	M H	F / F	M H	F / F	M H	F / F	M H	F / F	M H	F / F						
Hospital Emergency - NON DOA / Salle d'urgence - victime vivante à l'arrivée	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	20.0	1	20.0
Living Inside, Residence or on Property / A l'intérieur d'un bâtiment, dans une résidence ou sur un bien-fonds	0	0	2	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	3	0	3	60.0	3	60.0
Urban Outdoors - public place and other (not residence) / A l'extérieur, en milieu urbain - lieu public ou autre (pas un domicile)	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	20.0	1	20.0
Males / Hommes	0		4		0		1		0		0		0		5		5	100.0	5	100.0
Females / Femmes		0		0		0		0		0		0		0		0				
Total for Age Group / Total par groupe d'âge	0		4		0		1		0		0		0							

PROVINCIAL SUMMARY / SOMMAIRE PROVINCIAL

NATURAL DEATHS BY AGE GROUP, GENDER AND JUDICIAL DISTRICT - SCHEDULE E-1 / MORTS NATURELLES PAR GROUPE D'AGE, SEXE ET PAR CIRCONSCRIPTIONS JUDICIAIRES - TABLEAU E-1

from/de 2001.04.01 to/au 2002.03.31

Judicial Districts / Circonscriptions Judiciaires	0 -19		20 -30		31 -40		41 -50		51 -60		61 -70		Over 70 / Plus de 70		Total Male/ Hommes	Total Female/ Femmes	Total	% of Classification % par Catégorie	Autopsies	% of Classification % par Catégorie
	M H	F / F	M H	F / F	M H	F / F	M H	F / F	M H	F / F	M H	F / F	M H	F / F						
Bathurst	1	0	0	1	3	0	5	1	6	4	18	9	23	16	56	31	87	8.0	27	7.1
Campbellton	0	0	0	0	0	1	1	0	16	0	10	6	14	15	41	22	63	5.8	10	2.6
Edmundston	1	2	0	0	0	2	8	1	8	3	6	0	15	6	38	14	52	4.8	26	6.8
Fredericton	4	1	1	0	5	0	7	3	30	5	19	9	54	68	120	86	206	18.9	70	18.3
Miramichi	2	1	0	0	1	2	2	1	10	2	4	4	14	10	33	20	53	4.9	23	6.0
Moncton	1	1	1	0	3	2	12	2	21	10	30	7	67	61	135	83	218	20.0	50	13.1
Saint John	2	3	3	1	5	1	17	2	35	8	46	23	105	114	213	152	365	33.4	157	41.1
Woodstock	2	0	0	0	1	1	3	2	8	1	6	0	11	13	31	17	48	4.4	19	5.0
Males / Hommes	13		5		18		55		134		139		303		667		1,092	100.0	382	100.0
% Total - Males / Hommes	1.2		0.5		1.6		5.0		12.3		12.7		27.7		61.1					
Females / Femmes		8		2		9		12		33		58		303		425				
% Total - Females / Femmes		0.7		0.2		0.8		1.1		3.0		5.3		27.7		38.9				
Total for Age Group / Total par groupe d'âge	21		7		27		67		167		197		606							
% of Classification Total / % pour total de la Catégorie	1.9		0.6		2.5		6.1		15.3		18.0		55.5							

PROVINCIAL SUMMARY / SOMMAIRE PROVINCIAL

NATURAL DEATHS BY AGE GROUP, GENDER AND DEATH FACTOR - SCHEDULE E-2 / MORTS NATURELLES PAR GROUPE D'AGE, SEXE ET FACTEUR DE MORTALITÉ - TABLEAU E-2

from/de 2001.04.01 to/au 2002.03.31

Death Factor Description/ Description du facteur de mortalité	0 -19		20 -30		31 -40		41 -50		51 -60		61 -70		Over 70 / Plus de 70		Total Male/ Hommes	Total Female/ Femmes	Total	% of Classification % par Catégorie	Autopsies	% of Classification % par Catégorie
	M H	F / F	M H	F / F	M H	F / F	M H	F / F	M H	F / F	M H	F / F	M H	F / F						
Alcohol Poisoning / Intoxication par l'alcool	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	1	0.1	1	0.3
Chronic Use of Alcohol / Abus chronique de l'alcool	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	1	0	0	0	3	0	3	0.3	2	0.5
Starvation / Mort par inanition	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	1	0.1	1	0.3
Live Birth, (1 Day) / Bébé ayant vécu moins d'une journée	1	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	2	3	0.3	3	0.8
Natural Disease / Décès naturel à la suite de maladie	10	5	5	2	17	8	53	12	131	33	138	56	302	303	656	419	1,075	98.4	369	96.6
Sudden Infant Death Syndrome / Mort subite du nourrisson	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0.1	1	0.3
Epilepsy / Épilepsie	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0.1	1	0.3
Transferred from other Province/State / Transferré de l'extérieur de la province/État	0	0	0	0	0	1	1	0	2	0	0	0	1	0	4	1	5	0.5	2	0.5
Category Not Ascertained / Catégorie non établie	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0.1	1	0.3
Undetermined / Facteur de décès non déterminée	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0.1	1	0.3

PROVINCIAL SUMMARY / SOMMAIRE PROVINCIAL

NATURAL DEATHS BY AGE GROUP, GENDER AND DEATH FACTOR - SCHEDULE E-2 / MORTS NATURELLES PAR GROUPE D'AGE, SEXE ET FACTEUR DE MORTALITÉ - TABLEAU E-2

from/de 2001.04.01 to/au 2002.03.31

Death Factor Description/ Description du facteur de mortalité	0 -19 M F / H F	20 -30 M F / H F	31 -40 M F / H F	41 -50 M F / H F	51 -60 M F / H F	61 -70 M F / H F	Over 70 / Plus de 70 M F / H F	Total Male/ Hommes	Total Female/ Femmes	Total	% of Classification % par Catégorie	Autopsies	% of Classification % par Catégorie
Males / Hommes	13	5	18	55	134	139	303	667		1,092	100.0	382	100.0
Females / Femmes	8	2	9	12	33	58	303		425				
Total for Age Group / Total par groupe d'âge	21	7	27	67	167	197	606						

PROVINCIAL SUMMARY / SOMMAIRE PROVINCIAL

NATURAL DEATHS BY AGE GROUP, GENDER AND ENVIRONMENT - SCHEDULE E-3 / MORTS NATURELLES PAR GROUPE D'AGE, SEXE ET PAR LIEU DE L'INCIDENCE - TABLEAU E-3

from/de 2001.04.01 to/au 2002.03.31

Environment Description/ Description du lieu de l'incidence	0 -19		20 -30		31 -40		41 -50		51 -60		61 -70		Over 70 / Plus de 70		Total Male/ Hommes	Total Female/ Femmes	Total	% of Classification % par Catégorie	Autopsies	% of Classification % par Catégorie
	M H	F / F	M H	F / F	M H	F / F	M H	F / F	M H	F / F	M H	F / F	M H	F / F						
Factory, Plant, Warehouse (Inside) / Manufacture, usine, entrepôt (à l'intérieur)	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	1	1	2	0.2	1	0.3
Commercial Fishing / Pêche commerciale	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0.1	0	0.0
Other Work Place / Autre lieu de travail	0	0	0	0	1	0	1	0	1	0	0	0	0	0	3	0	3	0.3	2	0.5
Community Residence / Établissement résidentiel communautaire	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	1	0.1	1	0.3
Psychiatric Hospital / Hôpital psychiatrique	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	1	1	2	0.2	0	0.0
Nursing Home / Foyers de soins	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	11	21	13	21	34	3.1	4	1.1
Unliscenced Residential Homes (Retirement, Rest, etc.) / Foyers sans permis (maison de retraite, de repos, autres)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	0	3	3	0.3	0	0.0
Hospital Emergency - DOA / Salle d'urgence - victime morte à l'arrivée	0	0	0	0	0	0	1	0	3	1	6	0	14	8	24	9	33	3.0	2	0.5
Hospital Emergency - NON DOA / Salle d'urgence - victime vivante à l'arrivée	0	0	0	0	0	0	1	0	9	1	13	5	35	26	58	32	90	8.2	3	0.8
Hospital Operating Room / Salle d'opération	1	0	0	0	0	1	0	0	3	0	4	1	4	1	12	3	15	1.4	4	1.1
Hospital Post Op (Recovery Room) / Salle de réveil	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	1	0.1	1	0.3

PROVINCIAL SUMMARY / SOMMAIRE PROVINCIAL

NATURAL DEATHS BY AGE GROUP, GENDER AND ENVIRONMENT - SCHEDULE E-3 / MORTS NATURELLES PAR GROUPE D'AGE, SEXE ET PAR LIEU DE L'INCIDENCE - TABLEAU E-3

from/de 2001.04.01 to/au 2002.03.31

Environment Description/ Description du lieu de l'incidence	0 -19		20 -30		31 -40		41 -50		51 -60		61 -70		Over 70 / Plus de 70		Total Male/ Hommes	Total Female/ Femmes	Total	% of Classification % par Catégorie	Autopsies	% of Classification % par Catégorie
	M H	F / F	M H	F / F	M H	F / F	M H	F / F	M H	F / F	M H	F / F	M H	F / F						
Hospital Other (Ward, ICU, etc.) / Autres services à l'hôpital (unité, soins intensifs, autres)	2	3	0	0	1	1	5	3	11	2	8	2	26	23	53	34	87	8.0	26	6.8
Hospital - Chronic Care / Hôpital - unité pour maladies chroniques	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	1	0.1	0	0.0
Homes for Special Care / Foyer de soins spéciaux	0	0	1	0	2	1	2	0	1	2	3	1	11	14	20	18	38	3.5	11	2.9
Custody Police Cell/Lock Up / Garde à vue/en cellule	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0.1	1	0.3
Custody Federal Institution / Garde dans un établissement fédéral	0	0	0	0	2	0	0	0	1	0	0	0	1	0	4	0	4	0.4	2	0.5
Hospital - For Pronouncement / Hôpital (pour la constation du décès)	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	2	3	2	5	0.5	1	0.3
Living Inside, Residence or on Property / A l'intérieur d'un bâtiment, dans une résidence ou sur un bien-fonds	9	5	2	2	9	6	38	8	84	24	91	47	190	195	423	287	710	65.0	290	75.9
Apartment/Condominum / Appartement/condominium	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	1	0.1	0	0.0
Hotel / Hôtel	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	1	0	0	1	3	1	4	0.4	3	0.8
Inside, Other than Residence (Hall, Tavern, Restaurant) / A l'intérieur d'un bâtiment autre qu'une résidence (centre commercial, brasserie, restaurant)	0	0	0	0	1	0	0	1	2	2	5	0	2	4	10	7	17	1.6	6	1.6

PROVINCIAL SUMMARY / SOMMAIRE PROVINCIAL

NATURAL DEATHS BY AGE GROUP, GENDER AND ENVIRONMENT - SCHEDULE E-3 / MORTS NATURELLES PAR GROUPE D'AGE, SEXE ET PAR LIEU DE L'INCIDENCE - TABLEAU E-3

from/de 2001.04.01 to/au 2002.03.31

Environment Description/ Description du lieu de l'incidence	0 -19		20 -30		31 -40		41 -50		51 -60		61 -70		Over 70 / Plus de 70		Total Male/ Hommes	Total Female/ Femmes	Total	% of Classification % par Catégorie	Autopsies	% of Classification % par Catégorie
	M H	F / F	M H	F / F	M H	F / F	M H	F / F	M H	F / F	M H	F / F	M H	F / F						
Urban Outdoors - public place and other (not residence) / A l'extérieur, en milieu urbain - lieu public ou autre (pas un domicile)	0	0	0	0	0	0	1	0	2	0	3	1	2	1	8	2	10	0.9	5	1.3
Rural Outdoors (not built up place or near residence) / A l'extérieur, en milieu rural (loin de bâtiments ou des résidences)	0	0	0	0	1	0	2	0	8	0	1	0	3	0	15	0	15	1.4	11	2.9
Public Rd - Driver / Route publique - conducteur	0	0	0	0	0	0	0	0	4	0	0	0	2	0	6	0	6	0.6	3	0.8
Public Rd - Passenger / Route publique - passager	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	2	0	2	0.2	2	0.5
Public Rd - Pedestrian / Route publique - piéton	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	1	0.1	0	0.0
Water Vehicles (Not Recreation) / Véhicules nautiques (à but non récréatif)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	1	0.1	0	0.0
Ambulance / Ambulance	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	1	0.1	1	0.3
Died Out Of Province /	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0.1	1	0.3
Inside vehicle / Dans un véhicule	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	2	0	2	0.2	1	0.3

PROVINCIAL SUMMARY / SOMMAIRE PROVINCIAL

NATURAL DEATHS BY AGE GROUP, GENDER AND ENVIRONMENT - SCHEDULE E-3 / MORTS NATURELLES PAR GROUPE D'AGE, SEXE ET PAR LIEU DE L'INCIDENCE - TABLEAU E-3

from/de 2001.04.01 to/au 2002.03.31

Environment Description/ Description du lieu de l'incidence	0 -19 M / H	0 -19 F / F	20 -30 M / H	20 -30 F / F	31 -40 M / H	31 -40 F / F	41 -50 M / H	41 -50 F / F	51 -60 M / H	51 -60 F / F	61 -70 M / H	61 -70 F / F	Over 70 / Plus de 70 M / H	Over 70 / Plus de 70 F / F	Total Male/ Hommes	Total Female/ Femme	Total	% of Classification % par Catégorie	Autopsies	% of Classification % par Catégorie
Males / Hommes	13		5		18		55		134		139		303		667		1,092	100.0	382	100.0
Females / Femmes		8		2		9		12		33		58		303		425				
Total for Age Group / Total per groupe d'âge	21		7		27		67		167		197		606							

Schedule F

Undetermined Deaths
(Means of death impossible to determine)

There were four deaths classified as Undetermined.

One was in the Bathurst Judicial District

Case # 1
Death Factor: Drug Overdose
Environment Living Inside, Residence or on Property
Age group: 41 – 50
Sex: Male
An autopsy was performed.

Two were in the Saint John Judicial District

Case # 1
Death Factor: Sudden Unexpected Death in Infant
Environment: Living Inside, Residence or on Property

Age group: 0-10
Sex: Female
An autopsy was performed.

Case # 2
Death Factor: Fire – Structural
Environment: Living Inside, Residence or on Property

Age group: 0-10
Sex: Female
An autopsy was performed.

Tableau F

Décès d'origine inconnue
(Moyen de décès impossible à déterminer)

Cinq décès ont été classés dans la catégorie de décès d'origine inconnue.

Deux décès sont survenus dans la circonscription judiciaire de Bathurst :

Premier cas
Facteur de mortalité : surdose de drogues
Lieu : A l'intérieur d'un bâtiments, dans une résidence ou sur un bien-fonds
Groupe d'âge : 41 - 50
Sexe : Homme
Une autopsie a été pratiquée.

Deux décès sont survenus dans la circonscription judiciaire de Saint John :

Premier cas
Facteur de mortalité : décès soudain et imprévu d'un nourrisson
Lieu : A l'intérieur d'un bâtiments, dans une résidence ou sur un bien-fonds
Groupe d'âge : 0 - 10
Sexe : Femme
Une autopsie a été pratiquée.

Deuxième cas
Facteur de mortalité : Incendie de bâtiments
Lieu : A l'intérieur d'un bâtiments, dans une résidence ou sur un bien-fonds

Groupe d'âge : 0 - 10
Sexe : Femme
Une autopsie a été pratiquée.

Schedule F

Undetermined Deaths
(Means of death impossible to determine)

Woodstock Judicial District

Death Factor: Unknown
Environment: Residence
Age: 31-40
Sex: Male
An autopsy was performed.

Tableau F

Décès d'origine inconnue
(Moyen de décès impossible à déterminer)

Circonscription judiciaire de Woodstock

Facteur de mortalité : Inconnu
Lieu : Dans une résidence
Groupe d'âge : 31 - 40
Sexe : Homme
Une autopsie a été pratiquée.

Summary of Inquests and Recommendations

Two inquests were held during the reporting period. It should be noted that this report mentions the replies received by the Office of the Chief Coroner as of mid November 2002, in response to the recommendations on the inquests conducted in 2001/02.

Inquest No. 1

An inquest was held into the death of a 35 year old female from Granby, Quebec. The death occurred on September 7, 2000, following a suicide attempt while she was incarcerated at the Madawaska Regional Correctional Centre. The investigation by the police and the local coroner into the circumstances of the death concluded in December 2000. The inquest was held from April 30-May 3, 2001 in Edmundston.

The jury found that the death was as a result of irreversible cerebral anoxia and the manner of death was found to be suicide by hanging.
The jury made three recommendations:

1. Increase communication between employees either by carbon copy or other means, such as electronically, but information must get to the unit where the inmate is in custody.

   Response: The Community and Correctional Services Division has developed an electronic Client Information System that makes all available information accessible (with alerts) to all locations in the institution including the inmates living unit.

Résumé des enquêtes et des recommandations

On a effectué deux enquêtes au cours de la période couverte par le rapport. Il est à noter qu'on trouve dans ce rapport les réponses reçues par le Bureau du coroner en chef jusqu'à la mi-novembre 2002 en ce qui a trait aux recommandations relatives aux enquêtes effectuées en 2001 et 2002.

Première enquête

On a procédé à une enquête concernant le décès d'une femme âgée de 35 ans originaire de Granby, au Québec. Le décès est survenu le 7 septembre 2000 à la suite d'une tentative de suicide alors que la femme était incarcérée au Centre correctionnel régional du Madawaska. L'enquête effectuée par la police et le coroner local relativement aux circonstances de ce décès s'est terminée en décembre 2000. L'enquête du coroner s'est tenue du 30 avril au 3 mai 2001, à Edmundston.

Le jury a conclu que le décès était dû à une anoxie cérébrale irréversible des suites d'un suicide par pendaison.
Le jury a effectué trois recommandations :

1. Accroître la communication entre les employés en utilisant soit des copies carbone, soit un autre moyen comme l'informatique. On doit veiller à ce que l'information soit acheminée à l'unité où la personne se trouve incarcérée.

   Réponse : La division des Services communautaires et correctionnels a créé un système électronique d'information sur la clientèle qui permet d'acheminer toutes les données disponibles (incluant les mises en garde) partout dans l'établissement, y compris dans les unités d'hébergement des détenus.

Summary of Inquests and Recommendations cont.

2. Review the local and provincial policies on surveillance (rounds). Make them more comprehensive (5-10-15 or 30 minutes) depending on circumstances, recognizing that after more than two minutes lack of oxygen to the brain, there is irreversible damage.

Response: Effective October 1, 2001, the Division has introduced revised and new policies and procedures dealing with: Inmate Supervision, Intensive Supervision, Shift Change Procedures and Occupational Health and Safety.

3. Provide a normal cell with a monitor (camera) to better supervise inmates who are at a risk of suicide.

Response: Given that at any point in time there can be several inmates identified as being at risk in any of our institutions, it was felt that the response to recommendation # 2 will provide the most reliable means of suicide prevention.

The coroner made two recommendations:

1. The Adult and Juvenile Correctional System should find a way to improve communication and environment for suicidal individuals.

Response: The impact of the Division's response to Jury Recommendation #1 and #2 addresses this recommendation.

Résumé des enquêtes et des recommandations cont.

2. Revoir les directives locales et provinciales relatives à la surveillance des détenus (tournées). Voir à ce qu'elles soient plus détaillées (fréquence aux 5, 10, 15 ou 30 minutes) selon les circonstances et garder à l'esprit qu'il se produit des dommages irréversibles au cerveau lorsque celui-ci est privé d'oxygène pendant plus de deux minutes.

Réponse : Le 1er octobre 2001, la division a distribué de nouvelles directives relativement à la surveillance des détenus, à la surveillance intensive, aux modalités de changement de quart ainsi qu'aux questions d'hygiène et de sécurité au travail.

3. Munir les cellules normales d'une caméra afin de pouvoir mieux surveiller les détenus présentant des tendances suicidaires.

Réponse : Puisqu'il peut y avoir plusieurs détenus potentiellement suicidaires à la fois dans les établissements, on croit que la réponse fournie à la deuxième recommandation constituera le moyen le plus efficace pour prévenir les tentatives de suicide.

Le coroner a effectué deux recommandations :

1. Le système correctionnel pour adultes et jeunes contrevenants doit trouver un moyen d'améliorer les possibilités de communication ainsi que l'environnement physique des personnes suicidaires.

Réponse : Les réponses fournies par la Division aux première et deuxième recommandations du jury règlent cette question.

Summary of Inquests and Recommendations cont.

2. The correctional system should reduce suicide attempts by making the necessary security equipment accessible to help officers respond quickly.

   Response: Steps have been taken to review what tools or equipment are available and to ensure that they are in place in all institutions for this purpose.

Résumé des enquêtes et des recommandations cont.

2. Le système correctionnel doit tenter de réduire le nombre de tentatives de suicide en fournissant aux agents correctionnels l'équipement de sécurité nécessaire pour qu'ils puissent réagir rapidement.

   Réponse : On a pris les dispositions nécessaires afin que soient passés en revue les outils et les équipements mis à la disposition des agents. On veillera également à ce que ces outils et ces équipements soient présents dans tous les établissements.

Inquest No. 2

An inquest was held into the death of a 42 year old male from Miramichi City. The death occurred on July 8, 2000 as a result of a boating accident. A party of three was on the Northwest Miramichi River at night when they struck the end of a smolt trap net, resulting in this fatality.

The inquest was held following a request to the Court of Queen's Bench under Section 7 of the Coroner's Act. The Coroner's Office initially concluded an inquest was not warranted. However, the Court decision indicated that the coroner's declaration did not demonstrate that the prevention of death in similar circumstances and been addressed sufficiently and ordered the inquest. Consequently, the inquest was held February 14 –15, 2002 in Miramichi City.

The jury found that the death was as a result of a severe head injury and the manner of death was found to be accidental.

Deuxième enquête

On a effectué une enquête relativement au décès d'un homme âgé de 42 ans originaire de la ville de Miramichi. Le décès est survenu le 8 juillet 2000 à la suite d'un accident de bateau. Trois personnes se trouvaient à bord d'une embarcation sur le bras Nord-Ouest de la rivière Miramichi au cours de la nuit. L'embarcation a percuté un filet à saumoneaux, ce qui a entraîné le décès d'une des personnes.

On a procédé à l'enquête à la suite d'une demande de la part de la Cour du Banc de la Reine en vertu de l'article 7 de la *Loi sur les coroners*. Le Bureau du coroner avait au départ conclu qu'une enquête n'était pas nécessaire. Cependant, la Cour ayant statué que la déclaration du coroner ne permettait pas de démontrer qu'on avait suffisamment enquêté sur la possibilité de prévenir, à l'avenir, un tel type de décès, elle a ordonné la tenue d'une enquête du coroner. Cette dernière s'est déroulée les 14 et 15 février 2002 à Miramichi.

Le jury a conclu que le décès résultait d'un important traumatisme à la tête d'origine accidentelle.

Summary of Inquests and Recommendations cont.

The jury made seven recommendations:

1. Department of Fisheries & Oceans should be certain to check regular boating paths before placing nets/traps on the river.

2. Rescue boats and police boats should both be on the river at peak boating times, if not all the time.

3. Buoys, gill nets, commercial and scientific nets and traps should be illuminated at all times with lights and/or reflective tape.

4. There should be speed limits for secondary rivers/tributaries of Miramichi River.

5. There should be inspected, running boats at all fire stations.

6. The location of all nets and traps should be available to all boaters.

7. New Brunswick should have a trained marine surveyor (recreationist).

The recommendations were forwarded to the Minister of Public Safety (NB), the Minister of Environment & Local Government (NB), The Minister of Agriculture, Fisheries and Aquaculture, Minister of Fisheries and Oceans (Canada), the City of Miramichi and the Maritime Fisherman's Union.

Regarding recommendations # 1, #3, #4, # 6 and #7:

Résumé des enquêtes et des recommandations cont.

Le jury a effectué sept recommandations :

1. Pêches et Océans Canada doit vérifier les voies habituelles de navigation de la rivière avant d'y placer ses filets et ses pièges.

2. Des embarcations de sauvetage et des embarcations policières doivent se trouver sur la rivière au cours des périodes d'affluence, si ce n'est en tout temps.

3. Les bouées, les filets maillants ainsi que les filets et les pièges de pêche utilisés à des fins commerciales ou scientifiques doivent être illuminés en tout temps à l'aide de lumières ou de bandes adhésives réfléchissantes.

4. Il faudrait imposer des limites de vitesse sur les bras secondaires et les tributaires de la rivière Miramichi.

5. Les postes de pompiers devraient disposer d'embarcations dûment inspectées et en état de marche.

6. L'emplacement de tous les filets et les pièges doit être mis à la disposition de tous les utilisateurs d'embarcations.

7. Le Nouveau-Brunswick doit disposer d'un expert maritime (expert en loisirs).

Les recommandations ont été transmises aux ministères néo-brunswickois de la Sécurité publique, de l'Environnement et des Gouvernements locaux, de l'Agriculture, des Pêches et de l'Aquaculture ainsi qu'à Pêches et Océans Canada, à la Ville de Miramichi et au Maritime Fisherman's Union.

En ce qui a trait aux recommandations 1, 3, 4, 6 et 7 :

Summary of Inquests and Recommendations cont.

Response: The Minister of Agriculture, Fisheries and Aquaculture (NB) advised that legislation governing recreational boating is a federal jurisdiction. However, the recommendations will form part of the consultations on various fisheries committees with the federal department of Fisheries and Oceans.

The Department of Fisheries & Oceans placed a "Notice to Boaters"advertisement in the local newspapers in the spring of 2002. This ad provided the type of research equipment to be placed throughout the Miramichi River Watershed, including the location, latitude, longitude, installation and removal dates for each of the rivers. The Minister of Fisheries & Oceans has indicated that further action on the recommendations awaits resolution of legal proceedings before the courts.

Regarding recommendations #2, #5:

Response: The Minister of Public Safety advised that the recommendations were forwarded to the Chiefs of Police and all Fire Chiefs in New Brunswick as well as to the Commanding Officer of "J" Division, RCMP since the recommendations affect the delivery of both Policing and Fire Services in the province. The City of Miramichi has advised that the recommendations are currently under review and following a meeting with provincial officials to clarify jurisdictional questions, will provide a further response.

A copy of the recommendations was also forwarded to the Maritime Fisherman's Union to ensure they were aware of the incident and corrective measures identified. A response has not yet been received.

Résumé des enquêtes et des recommandations cont.

Réponse : Le ministère de l'Agriculture, des Pêches et de l'Aquaculture du N.-B. nous a informés que la législation régissant les plaisanciers relevait du gouvernement fédéral. Cependant, les recommandations feront l'objet de discussions dans le cadre des rencontres consultatives qui se tiendront entre divers comités de l'industrie des pêches et Pêches et Océans Canada.

Au printemps 2002, Pêches et Océans Canada a publié un « Avis aux plaisanciers » dans les journaux locaux. On y retrouvait tous les renseignements relatifs aux équipements de recherche utilisés dans le bassin de la rivière Miramichi, soit l'emplacement, la latitude, la longitude ainsi que les dates d'installation et d'enlèvement de ces équipements. Pêches et Océans Canada a aussi indiqué qu'il attendait le règlement de diverses affaires judiciaires avant d'appliquer le contenu des recommandations.

En ce qui a trait aux recommandations 2 et 5 :

Réponse : Le ministère de la Sécurité publique nous a informés que les recommandations ont été transmises à tous les chefs de police et de pompiers de la province de même qu'au commandant de la Division « J » de la GRC. Ces recommandations ont un impact sur la prestation des services de police et de pompiers de la Ville de Miramichi. Le Ministère a précisé que les questions de sécurité générales comme les pratiques nautiques sur la rivière Miramichi relevaient des forces policières de Miramichi. On a donc transmis les recommandations à la Ville de Miramichi et on attend toujours sa réponse à ce sujet.

Un exemplaire des recommandations a également été envoyé à la Maritime Fisherman's Union afin de les informer de l'accident et des mesures correctives envisagées. On attend toujours une réponse de leur part à ce sujet.

Summary of Inquests and Recommendations cont.

Follow-up to Inquest held in St. Stephen, August 22-24, 2000

The police reviewed a transcript of the witness testimony from this inquest and a decision was made that no further action would be taken.

Other cases of interest

Case # 1

The death on February 28, 2001 of a 66 year old male from Grand Falls was investigated and a decision was made that no inquest would be held. This individual was transported to Grand Falls General Hospital by ambulance, after having been unwell for several days and having an apparent heart attack. The investigation established that the ambulance contractor provided the basic level of medical service and transportation to the nearest medical facility according to the required minimun standards. A recommendation was made to the Minister of Health and Wellness that the Department "advise the public of the level of services available when calling for an ambulance, particularly in small municipalities and rural areas".

The Minister of Health & Wellness responded that all ambulance operators in New Brunswick are responsible for providing a standardized basic level of pre-hospital care and the Department supports the development of Advanced Life Support Skills, although these are not required. Further inspections and reviews were also undertaken to ensure appropriate delivery of service.

Résumé des enquêtes et des recommandations cont.

Suivi de l'enquête menée à St. Stephen du 22 au 24 août 2000

La police a examiné la transcription du témoignage du témoin effectuée dans le cadre de l'enquête. Il a été décidé de ne prendre aucune mesure additionnelle à ce sujet.

Autres cas d'intéret

Premier cas

On a fait enquête au sujet du décès, le 28 février 2001, d'un homme originaire de Grand-Sault âgé de 66. Il a été décidé de ne pas effectuer d'enquête du coroner. L'homme avait été transporté à l'Hôpital général de Grand-Sault en ambulance. Il était malade depuis plusieurs jours et semblait avoir été victime d'une crise cardiaque. L'enquête a permis d'établir que le prestataire de services ambulanciers avait fourni les soins médicaux de base appropriés et que le patient avait été transporté à l'établissement médical le plus près, conformément aux normes minimales exigées. On a demandé au ministère de la Santé et du Mieux-être « d'aviser les gens du niveau des services offerts lorsqu'ils appellent une ambulance, en particulier dans les petites municipalités et les régions rurales. »

Le ministère de la Santé et du Mieux-être a indiqué que tous les entrepreneurs de la province devaient offrir des services médicaux préhospitaliers normalisés et qu'il appuyait la mise en place de techniques spécialisées de réanimation, bien que ces dernières ne soient pas obligatoires. Le ministère a également procédé à diverses revues et inspections afin d'assurer une prestation adéquate des services ambulanciers.

Other cases of interest cont:

Case # 2

The death on June 2, 2001 of an infant in the northeast of the province was investigated and a decision was made that no inquest would be held. At the time of the death, questions were raised publicly concerning the impact of a delay in receiving medical treatment since the Tracadie emergency room was closed for the weekend. The investigation demonstrated that the infant had been born prematurely at 29 weeks gestation and had spent the first 3months of life in the Hospital, released in late March 2001. The infant had experienced respiratory problems requiring medical attention at the Tracadie Emergency Room in April and May, after being released from hospital. On the day of the death, the infant was found not breathing, blue in colour, and after calling 911, the parents provided CPR under the direction of a 911 operator. The ambulance was dispatched at 10:24 a.m in response to the 911 call and arrived at the home at 10:38. The ambulance left the scene at 10:39, and attendants provided 100% oxygen and chest compressions while en route, despite the fact that there was no evidence of breathing, circulation and the infant was unresponsive to pain. Upon arrival at the Caraquet Hospital at 11:27, the infant was still lifeless, unresponsive with dilated pupils but the infant's colour had improved. Therefore, the Emergency Team provided full CPR, oxygen, and successfully intubated the infant. During this time, the cardiac monitor continued to show asytole and after 20 minutes the team's resuscitation attempts ceased.

Autres cas d'intéret cont:

Deuxième cas

Le décès, le 2 juin 2001, d'un bébé dans le Nord-Est de la province a fait l'objet d'une investigation, mais il a été décidé qu'une enquête du coroner ne serait pas nécessaire. Au moment du décès, des questions ont été soulevées publiquement au sujet des conséquences du délai écoulé avant de recevoir des soins médicaux puisque l'urgence de Tracadie était fermée pour la fin de semaine. L'enquête a révélé que le bébé était né prématurément à 29 semaines de grossesse, qu'il avait passé les trois premiers mois de sa vie à l'hôpital et qu'il était sorti de celle-ci à la fin du mois de mars 2001. Après avoir quitté l'hôpital, le bébé a éprouvé des problèmes respiratoires pour lesquels il a été traité à l'urgence de Tracadie en avril et en mai. Le jour du décès, les parents ont trouvé leur bébé inanimé; ce dernier ne respirait plus et il était bleu. Après avoir appelé le 911, les parents ont pratiqué la RCR en suivant les consignes de la standardiste du 911. En réponse à l'appel effectué au service 911, une ambulance a été envoyée sur les lieux à 10 h 24 et est arrivée à la résidence à 10 h 38. L'ambulance a quitté les lieux à 10 h 39, et les ambulanciers ont administré de l'oxygène pur au bébé et lui ont fait des compressions thoraciques pendant son transport, et ce, même s'il n'y avait aucun signe de respiration et de circulation et même si le bébé était insensible à la douleur. À son arrivée à l'hôpital de Caraquet, à 11 h 27, le bébé était toujours inanimé et insensible et avait les pupilles dilatées, mais la coloration de sa peau s'était améliorée. Par conséquent, l'équipe d'urgentologues a pratiqué toutes les techniques de RCR, a administré de l'oxygène au bébé et a réussi à l'intuber. Pendant ce temps, le moniteur cardiaque continuait toujours de montrer une asystole et, après 20 minutes, l'équipe a cessé les tentatives de réanimation.

Other cases of interest cont:

Case # 2 cont:

The coroner's office ordered an autopsy, an autopsy was performed and the findings were consistent with death due to natural causes. The Coroner's Office discussed the results with the family in November 2001 and they were satisfied with the findings of the investigation.

Case # 3

The Coroner's Office re-opened an investigation of a 1993 case to confirm the identity of the deceased. The remains of a young Moncton area woman were exhumed to allow for DNA testing. The Coroner's Office liaised with the solicitor for the family, the RCMP and the forensic expert hired by the family. The forensic expert initially raised questions concerning the identity of the deceased, but subsequently advised that the DNA tests re-confirmed the identity established in 1993 by a forensic odontologist.

Case # 4

The death of a 41 year old male in the psychiatric ward of a regional hospital occurred in January 2001. This was the third death at the same facility in a two-year period and followed the death of a 21 year old male in February 1999 and a 46 year old female in May 1999. Investigations into the two deaths in 1999 had been concluded in the January – March 2000 period. During this period, the Coroner's Office or staff from the Hospital informed the families of the actions identified to improve patient safety through both internal and external reviews.

Autres cas d'intéret cont:

Deuxième cas cont :

Le Bureau du coroner a exigé qu'une autopsie soit pratiquée, laquelle a révélé que le décès était attribuable à des causes naturelles. En novembre 2001, le Bureau du coroner a expliqué les résultats de l'autopsie aux membres de la famille, et ces derniers étaient satisfaits des conclusions de l'enquête.

Troisième cas

Le Bureau du coroner a rouvert le dossier d'une investigation datant de 1993 afin de confirmer l'identité de la personne décédée. Les restes d'une jeune femme de la région de Moncton ont été exhumés afin que l'on puisse procéder à un test d'ADN. Le Bureau du coroner a collaboré avec l'avocat de la famille, la GRC ainsi que l'expert médico-légal engagé par la famille. L'expert médico-légal remettait en question l'identité de la jeune femme. Le test d'ADN a permis de confirmer qu'il s'agissait bien de la personne identifiée par l'odontologiste médico-légal en 1993.

Quatrième cas

En janvier 2001, un homme de 41 ans est décédé dans l'aile psychiatrique d'un hôpital régional. Il s'agissait du troisième décès dans le même établissement au cours d'une période de deux ans, qui faisait suite au décès, en février 1999, d'un jeune homme de 21 ans et au décès d'une femme de 46 ans, survenu en mai 1999. L'investigation relative aux deux décès survenus en 1999 a été menée au cours de la période s'échelonnant de janvier à mars 2000. Durant cette période, le Bureau du coroner ou le personnel de l'hôpital a informé les familles des mesures recommandées en vue d'accroître la sécurité des patients à la suite des examens internes et de l'examen externe qui ont été effectués.

Other cases of interest cont:

Case 4 cont.

In January 2001, the third death occurred. During the course of the third investigation, the Coroner's Office examined the circumstances of all the deaths, and the actions taken by the Hospital throughout this period to prevent future deaths. In May 2001 members of the families publicly expressed concern that a third death had occurred at the same facility. In June 2001, following receipt of the police report concerning the third investigation, the investigating coroner concluded that an inquest was not warranted and in September, the family was advised of the results and the actions taken by the Hospital to address preventative measures.

A brief summary of the preventative measures follows. In March 1999, after the first death, the Hospital completed an internal process review. In June, after the second death, a second internal review was completed and in August 1999 an external consultant was engaged to conduct a Facility and Process Review. Following receipt of the report in October 1999, Hospital Management and the Board of Directors discussed the findings at an open session in late November 1999.

The external consultant's report addressed the assessment, treatment and supervision of the patients. He noted that the treatment plans and privileges were appropriate to the patient, and staff was attentive to their needs. Nevertheless, key clinical and administrative areas were highlighted and the consultant's site review recommended a number of changes to the facility to minimize the opportunity for self-harm.

Autres cas d'intéret cont:

Quatrième cas cont.

En janvier 2001, le troisième décès est survenu. Au cours de la troisième investigation, le Bureau du coroner a examiné les circonstances de tous les décès et les mesures prises par l'hôpital durant cette période afin d'éviter que d'autres décès ne surviennent. En mai 2001, les membres de la famille ont exprimé publiquement leur inquiétude au sujet du fait qu'un troisième décès se soit produit au même établissement. En juin 2001, après avoir reçu le rapport de police concernant la troisième investigation, le coroner chargé du dossier a conclu que la tenue d'une enquête publique n'était pas justifiée. En septembre, la famille a été informée des résultats de l'investigation et des mesures prises par l'hôpital en vue d'adopter des mesures préventives.

Voici un bref résumé des mesures préventives adoptées. En mars 1999, soit après le premier décès, la direction de l'hôpital a men de l'établissement et des processus. En octobre 1999, la direction de l'hôpital et le conseil d'administration ont reçu le rapport de l'examen, et ils ont discuté des conclusions de ce rapport dans le cadre d'une séance publique qui a eu lieu à la fin de novembre 1999.

Le rapport du consultant externe portait sur l'évaluation, le traitement et la surveillance des patients. Il a signalé que les plans de traitements et que les privilèges accordés étaient adaptés aux besoins des patients et que le personnel était attentif à ces besoins. Néanmoins, ce rapport faisait ressortir d'importants aspects cliniques et administratifs et, à la suite de l'examen des lieux, le consultant a recommandé un certain nombre de changements à apporter dans l'établissement afin de réduire au minimum les risques d'automutilation.

Other cases of interest cont:
Case 4 cont.

By February 2000, all clinical and administrative issues identified had been reviewed and modified, where appropriate. Also by February 2000, changes were complete to the physical layout eg. installation of collapsible shower rods, recessed showerheads, removal of closet rods and curtain tracking devices.

The Hospital undertook a further review to identify physical changes that could reduce the opportunity for self-harm. An architect was engaged to review specifications for Psychiatric Units and a plan was approved that exceeded the architect's recommendations. The plan included cutting off the top of all doors, recessing all doorknobs and installation of one continuous hinge from top to bottom on all doors. Implementation of these changes began in July 2000, with completion scheduled for September 2001.

The third death occurred in January 2001 while the physical changes were well underway.

Following this review and conclusion of the investigation into the third death, the Coroner's Office was satisfied that significant preventative steps had been taken to address administrative, clinical, and physical changes in the psychiatric unit.

The Chief Coroner recommended that the Hospital Corporation provide a summary of these changes to the Department of Health & Wellness for review and consideration by all psychiatric units in the province.

Autres cas d'intéret cont:
Quatrième cas cont.

En février 2000, toutes les questions d'ordre clinique et administratif déterminées avaient été examinées et, au besoin, modifiées. De plus, en février 2000, les changements nécessaires sur le plan physique avaient été apportés (p. ex. installer des tiges de douche souples ainsi que des pommes de douche encastrées et enlever les tringles de garde-robe et les tringles à rideaux).

La direction de l'hôpital a procédé à un autre examen afin de déterminer les changements d'ordre physique qui permettraient de diminuer les risques d'automutilation. Elle a donc fait appel aux services d'un architecte qui a vérifié les devis relatifs aux unités psychiatriques, et elle a approuvé un plan plus rigoureux que les recommandations formulées par l'architecte. Ce plan consistait notamment à enlever la partie supérieure du cadre de toutes les portes, à encastrer toutes les poignées de porte et à installer une charnière à piano pleine longueur sur toutes les portes. Les travaux en vue d'apporter ces changements ont débuté en juillet 2000 et devaient se terminer en septembre 2001.

Le troisième décès est survenu en janvier 2001 pendant que ces travaux étaient en cours.

À la suite de cet examen et de la conclusion de l'investigation relative au troisième décès, le Bureau du coroner a considéré que d'importantes mesures préventives avaient été prises pour apporter des changements d'ordre administratif, clinique et physique dans l'unité psychiatrique.

Le coroner en chef a recommandé à la corporation hospitalière de transmettre au ministère de la Santé et du Mieux-être un résumé décrivant les changements apportés afin que toutes les unités psychiatriques de la province puissent en prendre connaissance et s'en inspirer.

SPECIAL PROJECTS
Project #1 (Death of "Homeless" Individuals)

Office of the Chief Coroner
1996/97, 1997/98, 2000/01 and 2001/02

Background

On December 4, 2001, concerns were raised in the Legislature about individuals who had lived at the Fredericton Emergency Shelter and subsequently died. The questions raised included whether the deaths had been investigated by the Coroner's Office and if so, what were the findings.

The Coroner's Office conducted a review of the information provided by the Fredericton Emergency Shelter to ensure that all the deaths that fall within the mandate of the Coroner's Office had been investigated, classified and reported.

The Process

The Fredericton Emergency Shelter provided an initial list of names of individuals on December 6th and an updated list on December 13, 2001. The Shelter ultimately identified 17 individuals. Based on this list of names, we conducted a review of the current files and files for prior years.

Additional information was required to verify full names, proper names and dates of birth to confirm the identity of these individuals. Where we did not have an active or archived file, Vital Statistics confirmed whether or not there was a record of death for these individuals.

When the findings were ready for release on January 15, 2002, the Legislature was not in session.

PROJETS SPÉCIAUX
Projets #1)Étude des chiffres sur les décès de sans-abri)

Bureau du coroner en chef
pour 1996-1997, 1997-1998, 2000-2001 et 2001-2002

Contexte

Le 4 décembre 2001, des questions ont été soulevées à l'Assemblée législative au sujet de personnes qui avaient vécu au Fredericton Emergency Shelter et qui étaient décédées par la suite. On a entre autres demandé si le Bureau du coroner avait mené une enquête relative à ces décès et, dans l'affirmative, quelles en étaient les conclusions.

Le Bureau du coroner a procédé à une étude des données fournies par le Fredericton Emergency Shelter afin de s'assurer que tous les décès visés par le mandat du Bureau du coroner avaient fait l'objet d'une enquête et qu'ils avaient été classés et signalés.

Le processus

Le 6 décembre 2001, le Fredericton Emergency Shelter nous a fourni une première liste de noms et, le 13 décembre 2001, il nous a transmis une liste mise à jour sur laquelle figurait le nom de dix-sept personnes. À partir de cette liste, nous avons examiné les dossiers actifs et ceux des années antérieures.

Des renseignements additionnels ont dû être recueillis afin de vérifier les nom et prénom ainsi que la date de naissance de ces personnes afin de confirmer leur identité. Dans les cas où nous n'avions pas de dossier actif ou archivé, le bureau des Statistiques de l'état civil a confirmé s'il existait ou non un enregistrement de décès concernant ces personnes.

Le 15 janvier 2002, date à laquelle nous étions prêts à rendre les conclusions publiques, l'Assemblée législative ne siégeait pas.

Project #1 cont.

Therefore, the findings were communicated to the Executive Director of the Fredericton Emergency Shelter as well as media outlets who expressed an interest in the issue.

The Findings

The Coroner's Office investigates about 23 percent of the total of approximately 6,000 deaths per year in the Province. A high percentage of the investigated deaths, while occurring suddenly and unexpectedly, are ultimately determined to be from natural causes.

Of the 17 individuals identified by the Fredericton Emergency Shelter, we found that eight deaths were sudden and unexpected deaths. These deaths had been reported to, and investigated by, the Coroner's Office as part of the normal reporting process.

Of the nine remaining deaths, three were not sudden and unexpected deaths and were not required to be reported to the Coroner's Office.

Two individuals were not deceased and were still residing in New Brunswick at the time of the review. Four individuals were no longer in New Brunswick and there was no record of their death in New Brunswick at the time of the review. According to information subsequently supplied by the Fredericton Shelter, they are believed to have moved to other provinces.

Projets #1 cont.

Celles-ci ont donc été transmises au directeur exécutif du Fredericton Emergency Shelter ainsi qu'aux médias qui manifestaient de l'intérêt à l'égard de cette question.

Les conclusions

Le Bureau de coroner mène une enquête dans environ 23 p. 100 de l'ensemble des cas de décès survenus dans la province, dont le nombre s'élève à environ 6 000 par année. Un fort pourcentage des décès qui ont fait l'objet d'une enquête du coroner, même s'ils sont survenus de façon soudaine et inattendue, sont attribuables à des causes naturelles.

En ce qui concerne les dix-sept personnes dont le nom figurait sur la liste fournie par le Fredericton Emergency Shelter, nous avons constaté que huit d'entre elles étaient décédées de façon soudaine et inattendue. Ces décès avaient été signalés au Bureau du coroner selon le processus habituel de présentation de rapports, et le coroner avait procédé à une enquête.

En ce qui concerne les neuf autres décès, trois d'entre eux n'étaient pas considérés comme un décès soudain et inattendu et n'avaient pas à être signalés au Bureau du coroner.

Au moment où le Fredericton Emergency Shelter a recueilli ses renseignements, deux des personnes dites décédées étaient toujours vivantes et habitaient encore au Nouveau-Brunswick et quatre autres ne se trouvaient plus au Nouveau-Brunswick, mais il n'existait aucun document confirmant leur décès. Selon des renseignements fournis ultérieurement par le Fredericton Emergency Shelter, ces personnes étaient déménagées dans d'autres provinces.

Project #1 cont.

In regards to the eight individuals who died suddenly and unexpectedly in New Brunswick, four of these deaths had been investigated and reported in the Annual Reports of the Chief Coroner for 1996/97,1997/98 and 2000/01. The other four deaths had been investigated and are included in this report, the Annual Report of the Chief Coroner for 2001/02.

Following the investigation of **the eight reportable deaths**, the Coroner's Office determined that two individuals died of natural causes, three as a result of an accident, and one as a result of suicide. The investigation into the death of the other two individuals was not concluded at the time of the review. However, they are included in the statistical tables in this report. One individual's death was classified as natural and the other as an accidental death. In both of these cases, alcohol or drugs either directly contributed to the death or were involved in the death.

In reviewing these deaths, it is important to note that seven of the eight individuals were not homeless at the time of their death. All of them, however, had lived at the Fredericton Shelter at periods during their lives. In addition, for five of the eight individuals, alcohol or drugs were a contributing factor in their death, although not the final cause of death. In one of the cases, the individual was being treated for mental illness.

In summary, eight of the 17 cases identified by the Fredericton Emergency Shelter, were sudden and unexpected deaths that occurred in New Brunswick. These cases were reported to the Coroner at the time of the death and, as a result, investigations were conducted.

Projets #1 cont.

Quant aux huit personnes qui sont décédées au Nouveau-Brunswick de façon soudaine et inattendue, le décès de quatre d'entre elles avait fait l'objet d'une enquête et avait été signalé dans le rapport annuel du coroner en chef pour 1996-1997, 1997-1998 et 2000-2001. Les quatre autres décès avaient également fait l'objet d'une enquête du coroner et sont signalés dans le présent rapport, soit le Rapport annuel du coroner en chef pour 2001-2002.

À la suite de l'enquête des **huit décès devant être signalés**, le Bureau du coroner a déterminé que deux personnes sont décédées de causes naturelles, que trois personnes sont décédées à la suite d'un accident et qu'une personne s'est suicidée. L'enquête sur le décès des deux autres personnes n'était pas terminée au moment de l'étude. Cependant, ces deux décès figurent dans les tableaux statistiques fournis dans le présent rapport. Le décès d'une personne a été classé comme une mort naturelle et celui de l'autre comme une mort accidentelle. Dans ces deux cas, l'alcool ou la drogue a entraîné directement le décès ou était l'un des facteurs en cause dans le décès.

Il est important de signaler que l'étude relative à ces décès a révélé que sept des huit personnes décédées n'étaient pas des sans-abri au moment de leur décès. Cependant, elles avaient toutes vécu au Fredericton Shelter à certaines périodes de leur vie. De plus, en ce qui concerne cinq de ces huit personnes, l'alcool ou la drogue a contribué au décès, mais il ne s'agissait pas de la principale cause du décès. Dans l'un des cas, la personne était traitée pour une maladie mentale.

En résumé, huit des dix-sept cas rapportés par le Fredericton Emergency Shelter étaient liés à des décès soudains et inattendus survenus au Nouveau-Brunswick. Ces cas ont été signalés au coroner au moment du décès et, en conséquence, des enquêtes ont été effectuées.

Project #1 cont.

One of the eight cases that had been reported to the Coroner's Office by the Fredericton Emergency Shelter included the case of Pierre Legresley. This case was reported through the normal reporting process. The file was under active review during the period of the research on the cases. On January 12, 2002, a decision to hold an inquest into the death of Mr. Legresley was announced, in conjunction with the release of the findings of this review.

Given the questions raised concerning these deaths, this narrative summary of the findings is provided for the record to assure the community that the circumstances surrounding these deaths have not been overlooked nor ignored and were thoroughly investigated.

PROJECT #2 (Deaths by Suicide) 1995-1996-1999-2000

Introduction

A Notice of Motion was tabled in the legislature, asking about the number of deaths by suicide in New Brunswick over the past five years. The question specifically asked about the incidence of gambling problems as a factor in suicides. A review of the files was conducted to address this question and the results are summarized in this document.

The coroner's investigation file includes information collected during the course of the death investigation by the coroner and the police. However, not all this information is entered into the Coroner's computer system. As a consequence, certain questions necessitate a review of the paper files.

Projets #1 cont.

Le cas de Pierre Legresley figurait parmi les huit cas que le Fredericton Emergency Shelter a portés à l'attention du Bureau du coroner. Ce cas a été signalé selon le processus habituel de présentation de rapports. Le dossier faisait l'objet d'un examen au moment où l'étude des cas de décès a été effectuée. Le 12 janvier 2002, la décision de tenir une enquête relative au décès de M. Legresley a été rendue publique en même temps que les conclusions de cette étude.

Étant donné que des questions concernant ces décès ont été soulevées, nous présentons ce compte rendu sommaire des conclusions à titre d'information afin d'assurer la collectivité que les circonstances entourant ces décès n'ont pas été passées sous silence ni négligées, et qu'elles ont fait l'objet d'une enquête minutieuse.

PROJET #2 (Décès par suicide) de 1995-1996 à 1999-2000

Introduction

Un avis de motion concernant le nombre de décès par suicide au Nouveau-Brunswick au cours des cinq dernières années a été déposé à l'Assemblée législative. La question posée portait plus précisément sur le nombre de cas de suicides attribuables à des problèmes liés au jeu. Un examen des dossiers a donc été effectué afin de répondre à cette question, et les résultats de cet examen sont résumés dans le présent document.

Le dossier d'investigation du coroner contient les renseignements recueillis au cours de l'enquête sur le décès, qui est menée par le coroner et les services de police. Cependant, ces renseignements ne sont pas tous saisis dans le système informatique du Bureau du coroner. Par conséquent, certaines questions nécessitent un examen des dossiers papier.

Project #2 cont.

Outside agencies regularly conduct such searches to research the manner of death and understand circumstances that may assist in developing prevention strategies. These agencies include the New Brunswick Safety Council, Department of Health's Epidemiologists, Canadian Red Cross, University of New Brunswick's Civil Engineering Department and federal government agencies researching death due to drowning, recreational vehicles, motor vehicles, child abuse, SIDS, misuse of firearms, etc.

Projets #2 cont.

Des organismes externes effectuent régulièrement des recherches de ce genre afin de se renseigner sur la cause de décès et de comprendre les circonstances. Les résultats de ces recherches peuvent être utiles pour l'élaboration de stratégies de prévention. Ces organismes comprennent notamment le Conseil de sécurité du Nouveau-Brunswick, le Service d'épidémiologie du ministère de la Santé et du Mieux-être, la Croix-Rouge canadienne, le département de génie civil de l'Université du Nouveau-Brunswick et des organismes du gouvernement fédéral menant des recherches sur les décès reliés à la noyade, aux véhicules récréatifs, aux véhicules automobiles, à la violence faite aux enfants, à la mort subite du nourrisson et à la mauvaise utilisation d'armes à feu.

Methodology and Limitations of the Data

The data summarized in this document is drawn from two primary sources in the Coroner's file (1) the Coroner's Investigation Statement and (2) the Police Report. A team from the Department of Public Safety, the Coroner's Office and the Department of Health & Wellness, Mental Health Services Division compiled the information.

In addition to the information gathered for entry to the automated system, the Coroner's Investigation Statement will normally include some comments. These comments provide a fuller explanation of the circumstances of the death, including the factors that may have led to the suicide. The Police Report also includes a commentary section and explanation of the circumstances.

Méthode de collecte et limites des données

Les données résumées dans ce document sont tirées de deux principales sources d'information qui se trouvent dans les dossiers du coroner, soit 1) le rapport d'investigation du coroner et 2) le rapport de police. Une équipe composée de représentants du ministère de la Sécurité publique, du Bureau du coroner et de la Division des services de santé mentale du ministère de la Santé et du Mieux-être a recueilli les données.

Outre les renseignements colligés en vue d'être saisis dans le système automatisé, le rapport d'investigation du coroner contient normalement des commentaires. Ceux-ci décrivent plus en détail les circonstances entourant le décès, notamment les facteurs susceptibles d'avoir conduit la personne au suicide. Le rapport de police contient également une partie réservée aux commentaires ainsi qu'une explication des circonstances.

Project #2 cont.

In suicide deaths, either the coroner or the police, and in many cases both, will have had direct contact with the families. Therefore, the information recorded is assumed to be as reliable as anyone who knew the deceased's motivations can relate.

The focus of the police investigation in a death due to suicide is to eliminate concerns about foul play. Once this has been established, the coroner's role is to ensure that the cause and manner of death has been established and arrange for any medical expertise required to make that determination. In making a determination of suicide, the coroner focuses on the evidence that points to intentional self-inflicted injury. Where intentions were made clear or where the investigation reveals factors that may have influenced the person's decision, these are recorded in support of the classification of the death. As the attached tables demonstrate, the investigations do not always provide a clear explanation of the motivating factors leading to the suicide. Therefore, this summary does not purport to provide a complete explanation of all of the factors.

All suicide files for the period 1995/96 – 1999/00 were reviewed. Tables were created that included the date of death, region where the death occurred and demographic information.

In suicide deaths, the coroner's report known history of previous attempts, family history, recent breakups, recent losses and recent significant events.

Projets #2 cont.

En ce qui concerne les cas de décès par suicide, le coroner ou les services de police et, dans de nombreux cas, les deux, ont des contacts directs avec les membres de la famille. Par conséquent, l'information consignée au dossier est considérée comme fiable, car elle a été recueillie auprès de personnes qui connaissaient les motivations du défunt.

Dans le cadre de leur enquête sur un décès attribuable au suicide, les policiers cherchent tout d'abord à éliminer la possibilité qu'il s'agisse d'un crime. Une fois que les policiers ont écarté cette possibilité, le coroner doit prendre les dispositions nécessaires pour que l'expertise médicale soit faite afin d'établir la cause et les circonstances du décès. Pour déterminer qu'il s'agit bien d'un suicide, le coroner cherche les éléments qui prouvent que la personne s'est infligé une blessure intentionnellement. Dans les cas où les intentions avaient été exprimées clairement ou lorsque l'enquête permet de découvrir les facteurs qui peuvent avoir poussé la personne à se suicider, ces renseignements sont consignés au dossier afin d'appuyer la classification du décès. Comme l'indique le tableau ci-joint, les rapports d'enquête ne fournissent pas toujours une explication claire des facteurs qui ont conduit au suicide. Ce sommaire ne fournit donc pas une explication complète de tous les facteurs en cause.

Tous les dossiers de suicide commis au cours de la période s'échelonnant de 1995-1996 à 1999-2000 ont été examinés. Des tableaux fournissant la date du décès, la région où le décès est survenu et des données démographiques ont été préparés.

Dans les cas de décès par suicide, le dossier du coroner contient les renseignements connus en ce qui concerne les tentatives de suicide antérieures, les antécédents familiaux, les ruptures récentes, les pertes récentes et les événements récents significatifs.

Project #2 cont.

These are factors recognized by researchers as significant. In addition to this, other known factors recorded in the comments section was coded and included.

In some instances, multiple factors were recorded. Factor 1, as listed in the table, refers to the first factor listed in each case. Most files included at least one factor. Where a second factor was listed, it is listed as Factor 2, although many files did not include a second factor. In cases where no reason was recorded, these are listed as "No reason Known".

Some of the source data summarized to respond to this question includes personal characteristics that could readily identify the individual, particularly in a small province like New Brunswick. Therefore, this information is not presented to protect the privacy of the deceased's families. However, it is possible to trace each of the cases back to the source file.

Findings

During the five year period, the suicide rate has declined from a high of 112 (1995/96) to 96 (1999/00).

Of the 505 deaths attributed to suicide during this period, the three most common known factors listed were depression (36.6%), receiving psychiatric treatment (15.2%), and family or relationship problems (9.5%).

Projets #2 cont.

Ces éléments constituent des facteurs qui, selon les chercheurs, sont déterminants. De plus, les autres facteurs connus signalés dans la partie du rapport réservée aux commentaires ont été codés et inclus dans le tableau.

Dans certains cas de suicide, plusieurs facteurs avaient été cités dans le rapport. Le facteur 1 qui est indiqué au tableau correspond au premier facteur signalé dans le dossier relatif à chaque cas de suicide. La plupart des dossiers faisaient état d'au moins un facteur. Dans les cas où un deuxième facteur était signalé, il correspond au facteur 2 indiqué au tableau; cependant, un grand nombre de dossiers ne faisaient pas mention d'un deuxième facteur. Quant aux cas où aucune raison n'était inscrite au dossier, ils sont regroupés sous la rubrique « Aucune raison connue ».

Certaines données de base résumées pour répondre à la question soulevée à l'Assemblée législative comprennent des traits particuliers qui pourraient permettre d'identifier facilement la personne visée, particulièrement dans une petite province comme le Nouveau-Brunswick. Cette information n'est donc pas présentée afin de protéger la vie privée de la famille. Cependant, il est possible, dans chacun des cas, de remonter jusqu'au dossier source.

Constatations

Au cours de la période de cinq ans visée, le nombre de décès par suicide a chuté, passant de 112 (en 1995-1996) à 96 (en 1999-2000).

En ce qui concerne les 505 décès attribuables au suicide survenus durant cette période, les trois facteurs le plus souvent cités dans les dossiers étaient les suivants : dépression (36,6 %), traitement psychiatrique (15,2 %) et problèmes familiaux ou conjugaux (9,5 %).

Project #2 cont.

In a further 16.2% of the cases, neither the coroner nor the police recorded any factors that could help explain the death. In 20.1% of the cases, the coroners recorded many different factors that are detailed in the table. In 131 of the cases, a second factor was recorded. Where a second factor was recorded, the four most common were family and relationship problems (34 cases, 26%), psychiatric treatment (22 cases, 26.8%), alcohol abuse (20 cases), 15.3% and depression (18 cases, 13.7%).

In the case of gambling, when this factor was recorded, it was listed as the first factor in 12 of the 505 cases, and as the second factor in 1 case, for a total of 13 of the 505 cases (2.5%) recorded for the five-year period.

Summary

The mandate of the Coroner's Office is to investigate sudden and unexpected deaths to ensure that no death is overlooked or ignored. The Chief Coroner reports annually on all deaths investigated, including deaths by suicide. These reports are distributed widely to agencies involved in prevention programs

In addition, for the past several years the Coroner's Office has collaborated with mental health professionals to provide information that may assist in suicide prevention strategies.

Projets #2 cont.

Dans un autre 16,2 % des cas, ni le coroner ni les services de police n'ont signalé de facteurs pouvant permettre d'expliquer le décès. Dans 20,1 % des cas, le coroner a fait mention d'un grand nombre de facteurs différents qui sont énumérés dans le tableau. Dans 131 cas, un deuxième facteur était inscrit au dossier. Dans les cas où un deuxième facteur était indiqué, les quatre facteurs les plus courants étaient les suivants : problèmes familiaux et conjugaux (34 cas, soit 26 % des cas), traitement psychiatrique (22 cas, soit 26,8 % des cas), abus d'alcool (20 cas, soit 15,3 % des cas) et dépression (18 cas, soit 13,7 % des cas).

En ce qui concerne la dépendance au jeu, lorsque ce facteur était signalé au dossier, il figurait comme premier facteur dans 12 cas sur 505, et comme deuxième facteur dans un seul cas, pour un total de 13 cas sur les 505 cas de suicide (soit 2,5 %) recensés pendant cette période de cinq ans.

Sommaire

Le Bureau du coroner a pour mandat de mener des enquêtes sur les décès soudains et inexpliqués afin de veiller à ce qu'aucun cas de décès ne soit passé sous silence ou négligé. Le coroner en chef présente chaque année un rapport sur tous les décès ayant fait l'objet d'une enquête, y compris les décès par suicide. Ce rapport est transmis aux organismes participant à des programmes de prévention.

De plus, au cours des dernières années, le Bureau du coroner a travaillé en collaboration avec des professionnels de la santé mentale afin de fournir de l'information pouvant faciliter l'élaboration de stratégies de prévention du suicide.

Project #2 cont.

The Coroner's Office has never reported on factors leading to suicide and this has been the first research project on this aspect of suicide. Although it was undertaken to address the question raised in the legislature, it has served a broader purpose. This information about deaths by suicide, while incomplete, may be of some assistance to those who research the multidimensional nature of suicide. It will be provided to the Department of Health and Wellness to assist them in research and program development on suicide prevention, intervention and postvention.

Prepared by Office of the Chief Coroner
May 2001

The Coroner's Office will also review what information will be consistently tracked in future about the factors leading to suicide for inclusion in the Annual Report.

Updated Information

For 1955/96 and 2001/02
- Death by Suicide
- Summary of Factors

See Table 2

Projets #2 cont.

Le Bureau du coroner n'a jamais publié de rapport sur les facteurs conduisant au suicide, et les présents travaux ont constitué le premier projet de recherche sur cet aspect du suicide. Même s'il a été entrepris dans le but de répondre à la question soulevée à l'Assemblée législative, ce projet pourra servir à d'autres fins. Même si elles sont incomplètes, les données sur les décès par suicide qui ont été recueillies seront peut-être utiles aux personnes qui réalisent des travaux de recherche sur le caractère multidimensionnel du suicide. Ces données seront également transmises au ministère de la Santé et du Mieux-être qui pourra les utiliser dans le cadre de travaux de recherche et de l'élaboration de programmes sur la prévention du suicide et sur les mesures d'intervention et de postvention.

Préparé par le Bureau du coroner en chef
Mai 2001

Le Bureau du coroner déterminera également quelles données sur les facteurs conduisant au suicide feront l'objet d'un suivi continuel dans l'avenir en vue de les intégrer au rapport annuel.

Information mise à jour

De 1995/96 à 20001/02
- Décès par suicide
- Sommaire des facteurs

Voir le tableau 2

Province of New Brunswick
Deaths by Suicide
1995/96 to 1999/00

Summary of Factors

Factor	1995-1996		1996-1997		1997-1998		1998-1999		1999-2000		Five Year Totals 1995-2000		
	Factor 1	Factor 2	Factor 1	Factor 2	Factor 1	Factor 2	Factor 1	Factor 2	Factor 1	Factor 2	Factor 1	% of Total **	Factor 2
Depression	48	4	36	8	40	1	32	1	30	4	**186**	**36.8**	18
Psychiatric Treatment	15	11	16	2	22	2	12	3	12	5	**77**	**15.2**	23
Family Problems	7	3	6	2	5	6	16	13	15	10	**49**	**9.7**	34
Drug Abuse	4	0	5	0	4	4	3	2	6	5	**22**	**4.3**	11
Alcohol Abuse	1	1	6	3	0	4	9	10	5	2	**21**	**4.2**	20
Terminal Illness	5	0	5	0	4	2	3	0	2	1	**19**	**3.8**	3
Sexual Abuse Charges	3	1	3	0	1	0	5	2	0	0	**12**	**2.4**	3
Gambling	3	0	0	1	0	0	6	0	3	0	**12**	**2.4**	1
Other Criminal Code	2	1	2	0	3	0	1	3	3	0	**11**	**2.1**	4
Financial Problems	2	3	4	6	0	4	1	0	4	1	**11**	**2.1**	14
Other	0	0	1	0	0	0	1	0	1	1	**3**	**.6**	1
No Reason Known	23		10		17		17		15		**82**	**16.2**	
Total	**112**		**95**		**96**		**106**		**96**		**505**		**132***

* A second factor was recorded in only 132 cases; there were 373 cases where either only one factor or no factor was cited.

** Percentages may reflect rounding

Province du Nouveau-Brunswick
Décès par suicide
de 1995/96 à 1999/2000
Sommaire des facteurs

											Totaux des 5 années		
Facteur	**1995-1996**		**1996-1997**		**1997-1998**		**1998-1999**		**1999-2000**		**1995-2000**		
	Facteur 1	Facteur 2	Facteur 1	Facteur 2	Facteur 1	Facteur 2	Facteur 1	Facteur 2	Facteur 1	Facteur 2	Facteur 1	% du total **	Facteur 2
Dépression	48	4	36	8	40	1	32	1	30	4	**186**	**36,8**	18
Traitement psychiatrique	15	11	16	2	22	2	12	3	12	5	**77**	**15,2**	23
Problèmes familiaux	7	3	6	2	5	6	16	13	15	10	**49**	**9,7**	34
Abus de drogue	4	0	5	0	4	4	3	2	6	5	**22**	**4,3**	11
Abus d'alcool	1	1	6	3	0	4	9	10	5	2	**21**	**4,2**	20
Maladie terminale	5	0	5	0	4	2	3	0	2	1	**19**	**3,8**	3
Accusations d'agression sexuelle	3	1	3	0	1	0	5	2	0	0	**12**	**2,4**	3
Dépendance au jeu	3	0	0	1	0	0	6	0	3	0	**12**	**2,4**	1
Autre infraction au *Code criminel*	2	1	2	0	3	0	1	3	3	0	**11**	**2,1**	4
Problèmes financiers	2	3	4	6	0	4	1	0	4	1	**11**	**2,1**	14
Autres	0	0	1	0	0	0	1	0	1	1	**3**	**0,6**	1
Aucune raison connue	23		10		17		17		15		**82**	**16,2**	
Total	**112**		**95**		**96**		**106**		**96**		**505**		**132***

* Un deuxième facteur a été signalé dans 132 cas seulement et, dans 373 cas, il n'y avait qu'un seul facteur mentionné au dossier ou il n'y en avait aucun.
** Les pourcentages peuvent avoir été arrondis.

TABLE 2
Province of New Brunswick
Deaths by Suicide
1995-96 to 2001-02

Summary of Factors

Factor	1995-1996		1996-1997		1997-1998		1998-1999		1999-2000		Five Year Totals 1995-2000			2000 - 2001		2001 - 2002	
	Factor 1	Factor 2	Factor 1	Factor 2	Factor 1	Factor 2	Factor 1	Factor 2	Factor 1	Factor 2	Factor 1	% of Total **	Factor 2	Factor 1	Factor 2	Factor 1	Factor 2
Depression	48	4	36	8	40	1	32	1	30	4	**186**	**36.8**	18	64	7	45	11
Psychiatric Treatment	15	11	16	2	22	2	12	3	12	5	**77**	**15.2**	23	9	11	16	5
Family Problems	7	3	6	2	5	6	16	13	15	10	**49**	**9.7**	34	10	5	6	10
Drug Abuse	4	0	5	0	4	4	3	2	6	5	**22**	**4.3**	11	3	2	3	5
Alcohol Abuse	1	1	6	3	0	4	9	10	5	2	**21**	**4.2**	20	0	1	7	6
Terminal Illness	5	0	5	0	4	2	3	0	2	1	**19**	**3.8**	3	2	2	4	2
Sexual Abuse Charges	3	1	3	0	1	0	5	2	0	0	**12**	**2.4**	3	0	2	0	3
Gambling	3	0	0	1	0	0	6	0	3	0	**12**	**2.4**	1	2	1	0	2
Other Criminal Code	2	1	2	0	3	0	1	3	3	0	**11**	**2.1**	4	2	2	2	2
Financial Problems	2	3	4	6	0	4	1	0	4	1	**11**	**2.1**	14	2	4	0	3
Other	0	0	1	0	0	0	1	0	1	1	**3**	**.6**	1	5	0	2	2
No Reason Known	23		10		17		17		15		**82**	**16.2**		14		9	
Total	**112**		**95**		**96**		**106**		**96**		**505**		**132***	**113**		**94**	

* A second factor was recorded in only 132 cases; there were 373 cases where either only one factor or no factor was cited.
** Percentages may reflect rounding

TABLE 2
Province du Nouveau-Brunswick
Décès par suicide
de 1995/96 à 2001/2002
Sommaire des facteurs

Facteur	1995-1996		1996-1997		1997-1998		1998-1999		1999-2000		Totaux des 5 années 1995-2000			2000 - 2001		2001 - 2002	
	Facteur 1	Facteur 2	Facteur 1	Facteur 2	Facteur 1	Facteur 2	Facteur 1	Facteur 2	Facteur 1	Facteur 2	Facteur 1	% du total **	Facteur 2	Facteur 1	Facteur 2	Facteur 1	Facteur 2
Dépression	48	4	36	8	40	1	32	1	30	4	**186**	**36,8**	18	64	7	45	11
Traitement psychiatrique	15	11	16	2	22	2	12	3	12	5	**77**	**15,2**	23	9	11	16	5
Problèmes familiaux	7	3	6	2	5	6	16	13	15	10	**49**	**9,7**	34	10	5	6	10
Abus de drogue	4	0	5	0	4	4	3	2	6	5	**22**	**4,3**	11	3	2	3	5
Abus d'alcool	1	1	6	3	0	4	9	10	5	2	**21**	**4,2**	20	0	1	7	6
Maladie terminale	5	0	5	0	4	2	3	0	2	1	**19**	**3,8**	3	2	2	4	2
Accusations d'agression sexuelle	3	1	3	0	1	0	5	2	0	0	**12**	**2,4**	3	0	2	0	3
Dépendance au jeu	3	0	0	1	0	0	6	0	3	0	**12**	**2,4**	1	2	4	0	2
Autre infraction au *Code criminel*	2	1	2	0	3	0	1	3	3	0	**11**	**2,1**	4	2	2	2	2
Problèmes financiers	2	3	4	6	0	4	1	0	4	1	**11**	**2,1**	14	2	4	0	3
Autres	0	0	1	0	0	0	1	0	1	1	**3**	**0,6**	1	5	0	2	2
Aucune raison connue	23		10		17		17		15		**82**	**16,2**		14	73	9	
Total	**112**		**95**		**96**		**106**		**96**		**505**		**132***	**113**		**94**	

* Un deuxième facteur a été signalé dans 132 cas seulement et, dans 373 cas, il n'y avait qu'un seul facteur mentionné au dossier ou il n'y en avait aucun.
** Les pourcentages peuvent avoir été arrondis.